Aus dem Gerichtlich-Medizinischen Institut der Universität München.
Vorstand: Obermedizinalrat Professor Dr. H. Merkel.

Selbstmorde und Selbstmordversuche durch Kopfhiebe mit scharfen und stumpfkantigen Werkzeugen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hugo Lersch
aus München.

1938
Bernhard Sporn Verlag Zeulenroda

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

Tag der mündlichen Prüfung: 16. 12. 1937.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Inhaltsverzeichnis.

Seite

A. Einleitung 5

B. Einzelfälle 8

I. Selbstmordversuche durch Kopfhiebe

a. mit stumpfer Gewalt, Fall 1—4 8

b. mit scharfer Gewalt, Fall 5—12 12

II. Selbstmorde durch Verbindung von anderen Tötungsarten mit Kopfhieben

a. mit stumpfer Gewalt, Fall 13—16 15

b. mit scharfer Gewalt, Fall 17—39 18

III. Gelungene Selbstmorde durch Kopfhiebe allein 29

a. mit stumpfer Gewalt, Fall 40—43 29

b. mit scharfer Gewalt, Fall 44—53 30

C. Ergebnis 40

Literaturverzeichnis 45

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554005_0067

Einleitung.

Die Meinung, die zuerst Esquirol aussprach, Selbstmord sei eine besondere Art des Irreseins, und die viele Anhänger fand, kann man nicht als bewiesen hinnehmen. In den einzelnen Statistiken ist der Hundertsatz des Selbstmordes von Geisteskranken verschieden ausgewertet. Aber es steht fest, daß unter den Selbstmördern eine große Zahl ist, bei denen keine Zeichen von Geisteskrankheit festzustellen waren. Erbliche Anlage und Geisteskrankheit disponieren zwar zum Selbstmord besonders, aber auch vorübergehende pathologische wie physiologische Zustände wie Fieberdelirien, sogar rein physiologische Umstände wie Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett lösen offenbar eine erhöhte Bereitschaft zum Suicid aus. Allerdings bringt hier die geringe Ursache nur den labil liegenden Stein ins Rollen, der tiefere Grund liegt doch wohl in den mehr oder weniger psychologischen oder pathologischen Zuständen.

Die Motive zum Selbstmord sind vielgestaltig wie das Leben. Ungünstige Vermögensverhältnisse, Wirtschafts- und Nahrungssorgen, körperliche Leiden und Krüppeltum, Angst vor Gerichtsverhandlungen und Strafe, vor schmerzhaften Krankheiten, Minderwertigkeitskomplexe und unglückliche Liebe, gekränkter Ehrgeiz und verlorene Ehre treiben den Menschen dazu, sein Leben als unerträglich wegzuwerfen.

Vom Harakiri der Japaner, dem Ausdruck höchster Ehrenhaftigkeit und Tapferkeit, bis zur Selbstentleibung aus Furcht vor dem Heeresdienst durchlaufen die Motive alle Höhen und Tiefen der sittlichen Stärke und der von physischer und psychischer Veranlagung abhängigen Wesensart des Menschen. Ihre Erforschung ist oft genug für den Begutachter ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Feststellung des Selbstmordes.

Wichtige Aufschlüsse über Häufigkeit des Selbstmordes gibt das amtliche statistische Jahrbuch. Während des letzten Jahrhunderts stieg die Kurve des Selbstmordes ständig. An der Spitze der Länder stehen Deutschland, Dänemark, Frankreich und England. In den kultivierten Ländern ereignen sich bedeutend mehr Fälle, als in den weniger zivilisierten Staaten.

Dem Lebensalter nach finden wir die Höchstzahl der Selbstmorde zwischen dem 30. und 60. Jahr, ältere und jüngere Personen begehen weniger Selbstmord, Kinder sehr selten, obwohl auch solche Fälle vorkommen. (Dieudonné.) Männer scheiden dreimal so viele freiwillig

aus dem Leben als Frauen, wobei noch bei den Frauen mancher unerkannte mißglückte Abtreibungsversuch unter falschem Namen in der Statistik läuft.

Die Frühlingsmonate Mai und Juni weisen die meisten Selbstmorde auf, dann folgt der Oktober und im Dezember ereignen sich die wenigsten Suicide. Hofmann und Haberda machen Witterungseinflüsse dafür verantwortlich. Andere glauben an kosmische Einflüsse. Jedenfalls ergibt sich aus der Statistik, daß wirtschaftliche Not keineswegs mit Bestimmtheit als häufigste Ursache des Selbstmordes anzusprechen ist.

Ebenso verschieden wie die Ursache der Selbsttötung sind die Wege und Werkzeuge zur Erreichung des Zieles. Am häufigsten kommt Erhängen vor, dann folgt Ertränken, dieses naturgemäß vorzugsweise in wasserreichen Gegenden. An dritter Stelle steht Erschießen, dessen sich selten Frauen, meist Männer, die mit Schußwaffen umzugehen gewohnt sind, wie Soldaten und Jäger bedienen. Ärzte und Apotheker greifen zum Gift, das anderen nicht so leicht zugänglich ist. In der Großstadt werden allerdings Gifte und Giftgase wie Leuchtgas jetzt in steigendem Maß angewendet.

Mißlingt der erste Tötungsversuch, so folgt bei dem zur Selbstentleibung entschlossenen Täter ein zweiter oder, wenn nötig, mehrere Versuche gleicher oder anderer Art. Einer, der besonders sicher und schnell sein Ziel erreichen will, benützt von Anfang an mehrere Tötungsarten. In diesen Fällen sprechen wir von kombiniertem Selbstmord (Schramm). Töten sich gleichzeitig mehrere Personen, ein Liebespaar, ein Geschwisterpaar, seltener ein Ehe- oder Freundespaar, so nennt man dies erweiterten Selbstmord. Darunter wird auch der Fall verstanden, daß Eltern ihre Kinder in den Tod mitnehmen, um sie nicht schutzlos allein dem Leben preiszugeben.

Personen, die keine Gelegenheit haben, durch die allgemein gebräuchlichen Mittel ihr Leben zu beendigen, oder sie aus irgend welchen Gründen nicht anwenden, verfallen auf die seltsamsten und umständlichsten Mittel, sich zu töten. Dazu gehört Sturz aus der Höhe, Sturz vor den Zug oder vor ein anderes Fahrzeug.

Eine der merkwürdigsten Selbstmordarten dürfte wohl die durch Kopfhiebe sein. In der Regel greifen dazu Geisteskranke oder Gefangene, denen keine anderen Mittel zu Gebote stehen. Jedoch sind solche Vorgänge auch bei Personen beobachtet worden, bei denen Geisteskrankheit nicht nachgewiesen werden konnte und denen andere Mittel nicht unzugänglich waren. Krügelstein weist darauf hin, daß gerade Kopfschmerzen Selbstmördern Veranlassung gegeben haben, am Kopf als dem Sitz der größten Schmerzen anzugreifen und Schmerz und Leben mit Hieben gegen die schmerzenden Stellen auszulöschen. Anderen Personen ist bekannt, daß Tiere durch Kopfhiebe getötet werden und daß Mörder oft ihre Opfer durch Kopfhiebe um-

bringen. So bedeutet auch für sie vermutlich der Kopf als das lebenswichtigste Organ und als Sitz des Gehirns den Teil ihres Körpers, von dem sie glauben, daß dessen Zerstörung am schnellsten und sichersten den Tod bringt. Schließlich kommt es vor, daß ein Mörder mit demselben Beil, mit dem er vorher sein Opfer getötet hat, Selbstmord begeht.

Um sich auf diesem Weg lebensgefährliche Verletzungen beizubringen, sind wohl Entschlußkraft und Furchtlosigkeit vor den Schmerzen in viel höherem Maße nötig als bei anderen Selbstmordarten — Voraussetzungen, die am ehesten bei Geisteskranken erfüllt sind. Verhältnismäßig häufig werden diese Selbstmorde mit anderen Tötungsarten kombiniert, um das Ziel zu erreichen. So sind in der Literatur Fälle beschrieben, bei denen eine andere Art der Selbsttötung dem Versuch mit Kopfhieben voranging, Selbstmorde durch Kopfhiebe, die mit Hiebwunden an anderen Körperstellen verbunden waren, Selbstmorde, bei denen gleichzeitig mit den Kopfhieben Erhängen, Ertränken oder Vergiften zur Sicherheit des Erfolges diente, und schließlich Selbsttötunggen, bei denen erst nach dem Versuch, sich mit Schädelhieben zu entleiben, der Tod durch ein zweites Mittel herbeigeführt wurde. Nur wenige Fälle von Selbstmorde sind beschrieben, die durch Kopfhiebe allein glückten.

Die im folgenden zusammengestellten Fälle aus der Literatur und 4 Fälle des gerichtlich-medizinischen Institutes München sollen die charakteristischen Merkmale, soweit man überhaupt von solchen sprechen kann, bei Selbstmord durch Kopfhiebe zeigen.

Einzelfälle

I. Selbstmordversuche.*)

a. Versuche durch Schädelhiebe mit stumpfem Werkzeug.

Fall 1 vom ger. med. Institut München, Prof. Merkel. Am 14. November 1932 wurde in einer Gastwirtschaft in München um ½9 Uhr eine 24jährige Kassierin mit schweren Kopfverletzungen in der Küche, in der der Gashahn am Herd geöffnet war und der Gasschlauch vom Herde entfernt war, gefunden. Sie wurde bewußtlos in die chir. Klinik gebracht.

In den Gastwirtschaftsräumen lag auf dem Boden eine Gabel und ein Küchenmesser, beide mit Blut beschmiert, außerdem ein mit Haaren bedeckter Hautfetzen. Der Boden und sogar die Wände waren in größerer Ausdehnung mit Blutspritzern bedeckt. In die neben den Wirtschaftsräumen gelegene Küche führte eine Spur von Bluttropfen. Auf dem Fensterbrett der Küche lag ein mit Blut besudelter Spiegel, der sonst gewöhnlich in der Küche an der Wand hing. Unter dem Fensterbrett stand auf einer Bank ein ebenfalls überall mit Blut bedeckter, sieben Pfund schwerer Bierschlegel. Es wurde an keinem der Gegenstände ein zur Nachforschung brauchbarer Fingerabdruck gefunden. Die Polizei kam zuerst zu der Ansicht, es liege ein Mord vor. Man glaubte, der Täter habe die Kassierin mit dem Bierschlegl niedergeschlagen und die Bewußtlose dann in die Küche geschleppt und dort den Gashahn geöffnet. Entgegen dieser Annahme gab die Ortsbesichtigung keinen Anhaltspunkt für den Mordverdacht. Raubmord lag wohl nicht vor, da sämtliche Wertgegenstände unangetastet vorgefunden wurden. Ebenso sprach gegen die Annahme des Mordes, daß die Türe, die von den Wirtschaftsräumen auf die Straße führt, von innen verschlossen war. Auch zeigte weder die Räumlichkeit Spuren eines Kampfes oder einer Gegenwehr gegen eine ein-

*) Rudolf Frank berichtete über eine Reihe von Selbstmordfällen durch Schädelhiebe in der Wiener mediz. Wochenschrift 1885, Nr. 15—17, ebenso gaben Merrem eine Sammlung solcher Fälle in der Vierteljahresschrift für gerichtl. Medizin 1909, 3. Folge Bd. 38, und Krügelstein in der Zeitschrift für gesammelte Staatsarzneikunde 1840, S. 721 heraus. Diese Fälle sind in der folgenden Aufstellung unter dem Namen der Originalautoren angeführt.

gedrungene Person, noch wurden Hilferufe gehört, trotzdem in nächster Nachbarschaft Leute wohnten.

In der chir. Klinik fand man als Verletzungen der Kassierin an der linken Hand einen 1 cm langen, leichten Schnitt, an der linken Halsseite 5 leichte oberflächliche Schnitte von teilweise 5—6 cm Länge, am Kopf eine Platzwunde, in der ein Hautstückchen fehlte. Außerdem hatte die Kassierin eine Gehirnerschütterung erlitten. Das Gastwirtsehepaar schilderte die Kassierin als ein fleißiges, freundliches Mädchen. Die Wirtsleute leute wußten zwar, daß ein uneheliches Kind der Kassierin bei deren Eltern lebte, aber von einem bestehenden Verhältnis war ihnen nichts bekannt, sodaß auch in dieser Richtung kein Verdacht ausgesprochen werden konnte. Der Fall fand seine Erklärung, als das Bewußtsein der Verletzten zurückgekehrt war. Bei dem ersten Verhör, das wegen des noch schlechten Zustandes der Verletzten ganz kurz gehalten werden mußte, gab sie sofort an, sie habe sich die Verletzungen selbst beigebracht. Als Grund gab sie Streit mit dem Dienstherrn an. Der Wirt dagegen gab an, mit der Kassierin keinen Streit gehabt zu haben, aber ihm sei am Tage vorher die gedrückte Stimmung des Mädchens aufgefallen, wozu weder er noch seine Frau eine Erklärung finden konnten. Diese Beobachtung wurde von mehreren anderen Zeugen bestätigt. Beim zweiten Verhör schilderte die Verletzte den Hergang ihres Selbstmordversuches genauer. Zuerst habe sie sich mit dem Küchenmesser den Hals durchschneiden, dann mit der Gabel die Pulsader aufstechen wollen und dann sei sie in die Küche gegangen und habe dort sich mit dem Bierschlegel auf den Kopf geschlagen. Hierauf habe sie sich in dem Spiegel gesehen und dann den Gashahn geöffnet und den Gasschlauch vom Herd abgerissen. Als Grund gab sie diesmal, im Gegensatz zum ersten Verhör an, sie habe die Tat begangen aus Angst, von ihrem Geliebten verlassen zu werden, da sie von ihm schwanger zu sein glaubte.

Die Wunden heilten vollständig, die Verletzte wurde kurze Zeit später geheilt aus der Klinik entlassen.

Fall 2. Psychiatrische Klinik München. Merkwürdigerweise in den gleichen Tagen, am 9. November 1932, ereignete sich in München noch ein ähnlicher Fall, der auch zuerst für einen Mordversuch gehalten wurde.

Der 57 Jahre alte verheiratete Schreiner Sch., der seit dem Krieg nervenleidend und deshalb 50% erwerbsbeschränkt war, wurde in seiner Werkstatt in München schlafend auf dem Boden von einem Lehrling gefunden. Dieser vermochte ihn nicht zu wecken und ging in die Wohnung, um die Frau des Schreiners zu verständigen. Beide kamen darauf zu der Werkstätte zurück und die Frau entfernte sich wieder nach einem vergeblichen Versuch,

ihren Mann zu wecken, um einen Arzt zu holen. Verletzungen an dem schlafenden Sch. hatte zuerst weder der Lehrling noch ein anderer Zeuge, der kurze Zeit anwesend war, bemerkt. Während die Frau auf dem Wege zum Arzt war, kam ein Steinschleifer, der im selben Haus wie der Schreiner wohnte, in die Werkstätte, weckte den Schlafenden und bemerkte an dessen Stirn eine blutende Verletzung. Sch. gab sofort an, sich die Wunde selbst mit einem Beil beigebracht zu haben, das noch neben ihm zwischen Hobelspänen lag. Der Steinschleifer brachte den Sch. in dessen Wohnung, anschließend verband ein Arzt die Wunde und gab den Rat, am Abend in die psychiatrische Klinik zu gehen.

Ein zweiter Schreiner, der neben Sch. die Werkstätte hatte, äußerte die Meinung, sein Nachbar habe sich die Verletzung nicht selbst beigebracht, sondern dessen Frau habe ihn aus Ärger, daß er anstatt zu arbeiten, sich zum schlafen hinlege, mit dem Beil den Hieb versetzt. Die Frau des Sch. sagte bei dem polizeilichen Verhör aus, ihr Mann, der wegen des vom Felde herrührenden Nervenleidens in Behandlung eines Arztes sei und auch schon einige male in der psychiatrischen Klinik stationär aufgenommen gewesen sei, habe sich schon immer mit Selbstmordgedanken getragen, dazu habe er sogar immer einige Stricke in der Tasche mit sich getragen. Wegen Kopfschmerzen sei er in letzter Zeit immer mehr dem Alkohol verfallen, da er sich davon Besserung der Schmerzen erhofft habe. Am Tage vorher habe er wegen Nervenschmerzen nicht zur Arbeit gehen können, sei aber nicht zu Hause geblieben, sondern den ganzen Tag im Walde spazieren gegangen. Als sie, von dem Lehrling gerufen, in der Werkstätte ihres Mannes diesen nicht wecken konnte und aus dem neben dem Schlafenden liegenden Tablettenröhrchen gesehen hatte, daß er wahrscheinlich wieder, wie er es öfter tat, viele Schlaftabletten genommen habe, sei sie zu einem Arzt gegangen. Der Arzt, der gewöhnlich Sch. wegen des Nervenleidens behandelte, gab an, daß während der periodenweisen Verschlimmerung des Leidens Sch. zeitweise geistig nicht normal sei. Sch. selbst erklärte, in seiner Werkstätte habe er kurze Zeit gearbeitet, dann sei ihm plötzlich der Gedanke gekommen, er könne und wolle nicht mehr leben. Darauf habe er Schlaftabletten genommen und sich hingelegt. Nach einiger Zeit habe er sich dann in selbstmörderischer Absicht mit dem Beil auf die Stirne geschlagen. Die Verletzung habe er sich sicher selbst und ohne Dazutun seiner Frau beigebracht. Die W u n d e bestand in einer Stanzverletzung an der Stirn von etwa 22 cm Länge und 6 mm Breite in Dreiecksform. Das neben Sch. in der Werkstätte von dem Steinschleifer gefundene Beil hatte an der Kappe einen Einschnitt in dieser Form.

Durch diese Aussagen des Sch. selbst, seiner Frau und der anderen Zeugen konnte kein Zweifel mehr an dem Hergang der Tat bestehen, also wurde auch die Anklage gegen die Frau wegen Mordversuches an ihrem Mann eingestellt.

Die Verletzungen des Sch. heilten vollständig. Wegen seines Nervenleidens wurde er in der psychiatrischen Klinik weiter behandelt.

Fall 3. E. Albert: Ein 32 Jahre alter Tischler hieb sich in selbstmörderischer Absicht mit einem Hammer auf die rechte Schläfengegend, wodurch er eine talergroße, zackige, den Knochen jedoch nicht bloßlegende Quetschwunde erlitt. Rings um die Wunde war Suffusion. Der Selbstmörder war bewußtlos, die Zunge wich nach rechts ab, die Unterextremitäten waren gefühllos, die Blase paretisch. Nach einem Tage trat das Bewußtsein wieder ein, nach 2 Monaten waren die Wunden vollkommen vernarbt.

Fall 4 Zaggl. Versuch in puerperio: Am 27. Mai 1884 gebar die 36 Jahre alte, in dürftigen Verhältnissen lebende R., III. para, in Steißlage bei einer 6stündigen Geburtsdauer ein lebensschwaches Mädchen, das starb. Schon während der Schwangerschaft kränkelte die Frau. Der Blutverlust während der Geburt war sehr groß, besonders stark waren die Blutungen beim Aufstehen post partum. Bei der Frau setzte ein Puerperalfieber ein, während dessen keine Beschwerden außer starken Kopfschmerzen angegeben wurden. Einige Zeit später wurde die Frau von ihrem Mann aufgefunden, nachdem sie mit einem Fleischhackel Selbstmordversuche begangen hatte. Der herbeigerufene Arzt stellte folgende Verletzungen fest: mitten auf dem Scheitel an der Stelle, an der die Frau die Kopfschmerzen angegeben hatte, war die Kopfschwarte in einer Größe von mehr als einem Fünfmarkstück breiig zerquetscht und vollkommen vom Schädelknochen abgelöst und darunter war der Schädelknochen in gleicher Ausdehnung zersplittert und eingedrückt. Die dura mater war unverletzt. Eine ebensolche Verletzung war am tuber parietale, die aber nicht durch den Knochen reichte. Bei Säuberung und Dilatation und bei Entfernung der Knochensplitter bestand keine Schmerzempfindlichkeit. Der Mitteiler, der die Frau ärztlich betreut hatte, äußerte in seinem Gutachten die Meinung, hier liege Selbstmord in einem Anfall von höchster Steigerung von Melancholie vor. Die Frau stammte aus einer geistig gesunden Familie. Im Verlauf des Kindbettfiebers und des Hirnleidens der Frau traf die Familie mehrere Schläge auf wirtschaftlichem Gebiet, was beide Ehepartner sehr deprimierte. Die Frau gibt auch diesen Grund selbst an und außerdem habe sie gefürchtet, wegen der Kopfschmerzen nicht mehr arbeiten zu können. Bewußtlosigkeit bestand von Anfang an nicht. Schon 14 Tage nach der Verletzung konnte die Frau leichte Arbei-

ten wieder ausführen. Die Kopfschmerzen machten sich von da an nicht mehr bemerkbar. Der psychische Zustand besserte sich sehr. Die Frau zeigte zwar später noch leichte Symptome einer Geistesstörung. Die Wunden heilten innerhalb 8 Wochen vollständig.

b. Selbstmordversuche durch Schädelhiebe mit scharfem Werkzeug.

Fall 5 Fritsch. Ein mit fortschreitender körperlicher und psychischer Entartung infolge von Alkoholmißbrauch behafteter Kanalräumer schlug mit einer Hacke sein Kind nieder, verletzte seine Geliebte lebensgefährlich und versetzte sich dann mit demselben Werkzeug mehrere Hiebe in die Gegend des rechten Stirnhöckers, sodaß er bewußtlos zusammenstürzte. Die Wunden heilten vollständig mit Zurücklassung von 3 vertikal verlaufenden Narben.

Fall 6 Langer. Ein 37 Jahre alter Wirtschaftsbesitzer wurde wegen Waldfrevels angeklagt und machte deshalb einen Selbstmordversuch, indem er sich Hiebe mit der Kante der Rückseite einer Hacke gegen den Kopf versetzte. Verletzungen: Es fanden sich an der Stirne zwischen den tubera frontalia nach aufwärts in dem behaarten Teil des Kopfes verlaufend drei Wunden mit gequetschten und vom Knochen abgeplatzten Rändern.

Die mittlere 4½ cm lange und 1½ cm breite Wunde ist die größte und zeigte in der Tiefe eine ziemlich starke Depression des vom Periost entblößten Knochens. Diese Depression geht nach oben in einen 2 bis 3 cm breiten Knochenspalt über. Außerdem hinter und über dem rechten Ohr eine Y-förmige, scharfrandige, bis auf den Knochen reichende Wunde, eine ähnliche mehr medial liegende unmittelbar über dem Hinterhaupthöcker, endlich eine taubeneigroße Blutgeschwulst unter dem Hinterhaupthöcker. Der Mann war nach 2 Monaten vollständig geheilt. Er muß, um sich überhaupt die Verletzungen am Hinterhaupt beibringen zu können, den Kopf stark nach vorne geneigt haben. In dieser Haltung kann es ihm erst möglich gewesen sein, den Hieben die Wucht zu geben, die die Schwere der gesetzten Verwundungen voraussetzt.

Fall 7 Neureiter. Ein 25jähriger Maurer, dessen Mutter an einer dementia paranoides gelitten haben soll, wurde wegen der gleichen Krankheit 6 Tage in einer Irrenanstalt interniert, dann aber auf Wunsch der Angehörigen nach Hause entlassen. 3 Wochen später schlug er nach einer unruhig verbrachten Nacht seine Ehefrau nieder, verletzte seine Mutter lebensgefährlich und seinen Vater leicht. Nach Aussage des Vaters soll er sich dann selbst Schläge mit dem Beil gegen den Kopf versetzt haben. Durch den Lärm wurde ein Polizist aufmerksam, glaubte einen Räuber vor sich

zu haben und erschoß den Maurer mit seinem Dienstrevolver. Die Brust war fast ganz durchschossen und der Tod trat durch Verbluten ein. Die Leiche zeigte außerdem 31 (!) Hiebspuren, die, mit Ausnahme von drei, am Schädel im Gebiet der behaarten Kopfhaut und vor allem am Vorderkopf und am Scheitelbein angeordnet waren. Am Schädelknochen waren nur an einigen Hiebspuren Brüche oder Absplitterungen der äußeren Tafel zu sehen. Vorne an der Stirne in der Mittellinie über der Nasenwurzel fanden sich 2 tiefe, bis in das Gehirn reichende, mit einer Depressionsfraktur kombinierte Wunden vor. Außerdem wies die Leiche noch 2 längs und parallel gelagerte Hiebwunden an der rechten Wange auf, die eine oberflächlich, die andere bis zum Knochen reichend und eine nur durch die Haut gehende Hiebverletzung an der linken Halsseite.

Fall 8 Kallmus berichtet kurz über einen Selbstmordversuch in Prag, der durch 2 parallele Hiebe vorgenommen wurde. Die Hiebe reichten nur bis in die Oberfläche des Stirnbeins.

Fall 9 Constantin Carsky. In der Stirn- und Schläfengegend fanden sich etwa 26 (!) Hautwunden, die durch eine Hacke verursacht waren. Sie waren 2 bis 5 cm lang und lagen alle dicht beieinander, parallel zur Sagittalnaht und waren zum großen Teil oberflächlich. Der Schädelknochen war in Größe eines Birnbaumblattes verletzt, dura an einer Stelle angerissen. Nach 8wöchentlicher Behandlung wurde der Täter geheilt aus der Klinik entlassen. Weder anamnetisch noch durch Exploration wurden Zeichen einer Geisteskrankheit festgestellt.

Fall 10 Weimann. Der Grubenarbeiter Sch. erschlug die Witwe S., mit der er ein Verhältnis unterhalten hatte, mit einer Axt und brachte sich dann mit derselben Axt Hiebe gegen die Stirne bei. Man fand ihn neben der Leiche der Witwe lebend vor, er stellte sich aber tot und rührte sich während der Stunden dauernden Tatbestandsaufnahme nicht. Im Krankenhaus nahm Sch. von seiner Umgebung keine Notiz und verweigerte die Nahrungsaufnahme. Nach 5 Tagen änderte er sein Verhalten und legte ein Geständnis ab. Der Gutachter glaubte, daß es sich bei Sch. um einen durch die äußeren Umstände, unter denen er entstanden ist, ganz einzigartigen hysterischen Stupor und Schlafzustand handelte. Er sei als eine primitive Reaktion auf die Tötung der Frau durch das dumpfe Empfinden der ganzen Schrecklichkeit seiner Tat nach dem mißglückten, schon an sich in seiner Ausführung aus dem gewöhnlichen Rahmen fallenden Selbstmordversuch, als eine triebhafte Flucht aus der furchtbaren Situation aufzufassen. Mit Simulation habe es wohl kaum etwas zu tun.

Fall 11 Bakke. Dieser Fall eines Selbstmordversuches durch Axthiebe zeigt besonders, wie die Kenntnis solcher Selbstmorde falsche Angaben klären können.

Ein 26jähriges Dienstmädchen wurde am Abend im Keller des Hauses bei vollständigem Bewußtsein, aus mehreren Wunden an der Vorderseite des Kopfes blutend, gefunden. Im Keller fanden sich Blutspuren, besonders an einem Holzhaufen. Das Mädchen gab an, im Keller von einem Mann überrascht worden zu sein, der zuerst um Geld bat und sie dann aber zu vergewaltigen suchte. Bei diesem Versuch sei er immer erregter geworden, habe sie auf den Holzhaufen geworfen und ihr mit einer in Reichweite gelegener Axt mehrere Schläge auf den Kopf versetzt. Darauf habe er sie verlassen. Sie sei liegen geblieben, da sie meinte, sie sehe furchtbar aus, und sie niemanden erschrecken wollte. Die polizeiliche Untersuchung brachte indessen verschiedenes zu Tage, wodurch es unwahrscheinlich wurde, daß sich eine Person in den Keller hatte begeben können. Außerdem sprach das vollständige Fehlen von Verletzungen im Nacken dagegen, daß die Axthiebe in der von dem Mädchen angegebenen Lage zugefügt worden sein konnten. Die genaue gerichtlich-medizinische Untersuchung der Verletzungen am vorderen Teil des Kopfes konnte zeigen, daß wahrscheinlich die Schneide der Axt benutzt worden war und daß sämtliche 4 Verletzungen so wenig tief waren, daß die Hiebe wahrscheinlich nicht durch eine angreifende, noch dazu erregte Person ausgeteilt waren. Auch war keine Fraktur der dünnen Hirnschale zu finden. Vielmehr konnte die Vorsicht, mit der die Axt geführt worden war, schließen lassen, daß sich das Mädchen die Verletzungen selbst beigebracht hatte. Die weiteren Untersuchungen ergaben, daß sich das Mädchen in deprimiertem Zustand befunden hatte, in selbstmörderischer Absicht in den Keller gegangen war und sich dort, auf dem Holzhaufen sitzend, die Verletzungen mit der Axt, welche sie in der rechten Hand hielt, beigebracht hatte. Während der Hiebe war der Kopf nicht gegen den Holzhaufen gelehnt. Die erfundene Geschichte hatte sie sich im Voraus ausgedacht für den Fall, daß der Selbstmordversuch mißlingen konnte.

Fall 12 Psychiatrische Klinik München. Der 45jährige Hauptlehrer M., dessen Vater Epileptiker war, wurde nach Angaben des Vaters kurz nach dem Krieg einige Wochen auffallend lustig. Einmal war er einige Tage verschollen, während denen er im Wald umherirrte. 1920 litt M. das erste Mal an auffallenden Hemmungen, an ausgesprochenem Krankheitsgefühl und an Depressionen. 1921 war er 4 Wochen in Behandlung in der psychiatrischen Klinik in München. 1923 befand sich der Patient wieder dort und wurde wieder entlassen. 1932 verübte er in einem Kranken-

haus, in dem er mit Holzhacken beschäftigt war, Selbstmordversuch, indem er sich mit der Axt 13 Hiebe auf den Kopf versetzte. Er wurde in die psychiatrische Klinik in München gebracht. M. hatte an der Convexität des Schädels ausgedehnte Hautwunden und einen großen Knochendefekt neben der Sutura sagittalis wenig hinter der Sutura pariete-frontalis. Das Röntgenbild zeigte die Tabula interna durchbrochen. Mehrere Knochensplitter waren nach dem Schädelinneren vorgetrieben. Die Verletzung wurde chirurgisch behandelt und heilte unter Narbenbildung. Der Patient gab an, daß er sich schon einmal erhängen wollte, es aber nicht getan habe aus Furcht, er würde gefunden und, ohne tot zu sein, abgeschnitten werden. Nun habe er sich mit dem Beil mehrere Male auf den Schädel geschlagen, um sich sicher zu töten, da er seiner Frau nicht zur Last fallen wollte. 1933 wurde der Patient aus der psychiatrischen Klinik entlassen. Später litt er an traumatischer Epilepsie. Den letzten Anfall hatte er im Januar 1937. Am 22. April 1937 verübte M. Selbstmord mit einem Florbert, dessen Hahn er wahrscheinlich durch Einhängen an einer Schrankecke oder einem Kleiderhaken abzog. Der Schuß verlief in Richtung der Wirbelsäule von oben nach unten. Bei der Sektion fand man als Rest des ersten Selbstmordversuches über der Scheitelhöhe eine fast 9 cm lange, gegen 3 cm breite und fast 1 cm tiefe aus Narbengewebe gebildete furchenartige Vertiefung. Von dem Rand der tiefen Furche zieht eine ungefähr 3,5 cm lange, schmale weißliche, nur wenig eingesunkene Narbe nach vorne. Kurz nach ihrem Ursprung ist senkrecht zu dieser Narbe eine 2,5 cm lange gestellt. In der Kopfhaut fand man bei der Sektion rechts von der langen und tiefen Furche noch einige teils längs-, teils quergestellte, alte, blasse und schmale, kaum eingesunkene Narben. In diesem Knochendefekt befand sich gerade der Einschuß, die 5 mm große Bleikugel wurde am Mundboden in der Gegend des rechten Unterkiefers gefunden. Der Tod war bei senkrechtem Hirndurchschuß durch Blutung in die Ventikel eingetreten.

II. Selbstmorde durch Kopfhiebe, verbunden mit anderen Tötungsarten.

a. Kopfhiebe mit stumpfen Werkzeugen.

Fall 13 Kupfer. Der Kammacher Z. wurde 1850 in der Spree 4 Ellen vom Ufer mit den Füßen im Schlamm steckend tot aufgefunden. Die Kleider am Ufer in der Nähe zeigten keine Spur von

Gegenwehr. Der 40jährige Mann, der verheiratet war, hatte sich übermäßige Wirtschafts- und Nahrungssorgen gemacht und einige Tage vorher vorübergehende Geistesstörung gezeigt. Die Sektion ergab Ertrinkungstod und Verletzungen an der rechten Seite des Kopfes in der Gegend über und hinter dem Ohr bis nahe an die Stirnnaht, die schlitzförmig scharf und parallelrandig und untereinander parallel verlaufend lagen, zum Teil nur in verschiedenen Tiefen der weichen Schädeldecke, zum Teil bis auf den Knochen dringend. Die Zahl der Wunden betrug 13. Über dem linken Ohr waren ähnliche, von hinten oben nach vorne unten verlaufende Wunden. Ein halb Zoll über diesen ein Konvolut von ineinander verlaufenden Verletzungen und ein Substanzverlust von 2 bis 3 Zoll Dimension. Dieses Konvolut von Verletzungen begann vor dem tuber frontale und reichte längs der Pfeilnaht bis zur Scheitelhöhe und bog zum linken Scheitelhöcker ab. An seiner Vorderwand fanden sich 14, hinten 17 Einschnitte, die von hinten oben nach vorne unten verliefen. Der Knochen darunter war vielfach wie angehackt und enthielt mehrere kleine Fissuren, mit Splitterung der Glastafel in dem dünnwandigen und brüchigen Schädeldach. Dura mater war darunter nur angeritzt, das Gehirn unverletzt. Das Werkzeug zu der Tat wurde nicht gefunden, in der Nähe lag ein zackiger Wurzelstock, der dazu benützt worden sein könnte. Geisteskrankheit des Toten hatte nicht nachweisbar bestanden.

Fall 14 Haumeder. Ein Pferdeknecht wurde mit einer Schlinge um den Hals in einem Stall auf dem Boden sitzend tot aufgefunden. Der Strick war an einer Futterkrippe befestigt und vorne am Hals geknotet. Ein Meter von der Leiche entfernt lag eine Hacke. 6,5 m von der Leiche befand sich eine Blutlache, neben der ein mit Blut besudelter Mantel und darunter ein mit Blut beschmierter mittelschwerer Hammer lag. In der Mitte der Scheitelhöhe hatte die Leiche einen 4 cm langen und 2 cm breiten Substanzverlust, an dessen Basis der von der Beinhaut entblößte und durch mehrere parallele, verschieden tiefe Eindrücke beschädigte, rauhe Knochen bloß lag. Die Ränder an den Schmalseiten des Defektes waren mehrfach gelappt. Die Hände waren mit Blut gleichmäßig beschmiert. Im ganzen fanden sich einschließlich mehrerer in nächster Nähe des Substanzverlustes gelegener Verletzungen 16 in gleicher Richtung verlaufende Hiebwunden, wovon 7 bis auf den Knochen eindrangen, mit der Eigenart, daß sie als durch die Schneide des Beiles entstanden erklärt werden mußten. Knochensprünge wurden nicht bemerkt. An der Mitte der Stirne und im linken Schläfenmuskel fand sich eine kreuzergroße Blutunterlaufung. Über Selbstmordmotiv oder Ungewöhnlichkeiten im Benehmen war nichts festzustellen. Die Sektion ergab Typhus abdominalis im Stadium der Geschwürsbildung im Ileum. Wahrschein-

lich sind dem Tod durch Erhängen außer den Beilhieben 2 Hiebe mit dem Hammer vorausgegangen.

Fall 15 Heufelder. Ein Mann hatte sich ohne tödlichen Erfolg in den Mund geschossen, dann versuchte er mit der Pistole sich den Kopf einzuschlagen und schließlich erhängte er sich.

Fall 16 Gerichtl. med. Institut München, Prof. Merkel. Von besonderem Interesse ist noch der folgende, in dem gericht. med. Institut München zur Sektion gekommene Fall, wenn er auch nicht unmittelbar in den Rahmen dieser Arbeit gehört, da es sich bei ihm nicht um Selbstmord durch Kopfhieb handelt, sondern um Selbstmord durch Anrennen an die Zentralheizung.

In einem Gefängnis hörte eines Tages um ½9 Uhr ein Wärter dumpfe Schläge gegen ein Zentralheizungsrohr. Zuerst nahm er an, daß die Geräusche durch die in die Zentralheizung gepreßte Luft verursacht würden. Beim genauen Nachsehen aber bemerkte er, daß ein Gefangener, der in Einzelhaft untergebracht war, mit aller Wucht mit dem Kopf gegen den Zapfen der Heizungsregulierung rannte. Beim Anrufen stellte der Gefangene sein Tun ein. Der Wärter verließ darauf den Raum, um einen Arzt zu verständigen, aber bis zu seinem Zurückkommen hatte der Gefangene sich mit einem Handtuch an dem Dampfheizungskörper erhängt. Der Tote wurde in halbkniender Stellung gefunden, da das Heizungsrohr nur 1,30 m vom Boden entfernt war. Der Fußboden in der Umgebung der Dampfheizung, der Heizungskörper selbst, sowie die Wand in der Umgebung des Heizungskörpers waren reichlich mit Blut bespritzt. Der Tote war am Kopf, an den Händen und an den Kleidern mit Blut besudelt.

Sektionsbefund: Über der Mitte des Schädels und zwar 10 cm über der Nasenwurzel befindet sich ein 12 cm langer und 4 cm breiter Bezirk, in dem dicht nebeneinander mindestens 16, zum Teil unvollständige, zum Teil bis auf den Knochen reichende Durchtrennungen der Haut zu sehen sind. Die einzelne Durchtrennung hat einen Durchmesser von 0.8 cm. Eine von diesen Verletzungen ist annähernd rund und enthält ein Stück Haut von 1.5 cm Durchmesser. Das Schädeldach hat eine Dicke von 3—8 mm.

In dem Bezirk unter den Hautverletzungen finden sich zahlreiche runde Eindellungen von etwa 6 mm Durchmesser. Sprünge finden sich im Schädeldach nicht. Die harte Hirnhaut und die Blutleiter sind unverletzt. Die weiche Hirnhaut ist an der Oberfläche des Gehirns etwas getrübt. Die Hirnwindungen sind deutlich abgeplattet. Im Gehirn sind keine Blutungen zu sehen.

Der Tod trat durch Ersticken infolge Erhängens ein. Zeichen von fremder Gewalteinwirkung konnten bei der Leichenöffnung

nicht bemerkt werden, die Hände waren ohne irgend eine Verletzung.

b. Kopfhiebe mit scharfen Werkzeugen.

Fall 17 Riembault. Der 53 Jahre alte D. stammte aus einer Familie, die 16 Irrsinnige zählte und in welcher schon mehrere Mitglieder sich selbst getötet hatten. D. litt an heftigen Kopfschmerzen. Er wurde am 7. Juli 1866 in einer Scheuer erhängt gefunden. Er hatte sich zuerst mit einem Taschenmesser Schnitte in die Kopfhaut beigebracht. Dann versetzte er sich Hiebe gegen den Kopf mit der Schneide einer Hacke, stand aber offenbar davon wieder ab und holte sich von einer anderen Stelle des Hauses einen Strick und eine einbäumige Leiter, kehrte damit in die Scheuer zurück, befestigte mit Hilfe der Leiter den Strick an einem Pfosten, legte sich ihn um den Hals und versetzte sich wahrscheinlich so auf der Leiter stehend noch einen Schlag mit der hammerartig gestalteten Rückseite der Axt, wodurch er betäubt von der Leiter fiel und hängen blieb. Die Sektion ergab Tod durch Erhängen. An der Vereinigungsstelle der Stirne und des Scheitelbeines befand sich eine 15 cm lange und 6 bis 11 cm breite Wunde mit zerhackten Rändern. In der Wunde war ein Gemisch von Blut, Knochensplittern und Fetzen des Pericraniums. Im Zentrum der Wunde war das Cranium in der Ausdehnung von 6 und 2½ cm in die Schädelhöhle eingedrückt. In der Umgebung fanden sich deutlich 9 Einschnitte von einem quer schneidenden Instrument, die untereinander parallel lagen. Dura mater und Gehirn waren unverletzt.

Fall 17 Blumenstock. Der Landmann Nikolaus M. fand bei seiner Rückkehr vom Feld seine Frau Rosalie M. bewußtlos und blutend in der Kammer liegen. Neben ihr lag ein Beil und eine Sichel, beide Werkzeuge mit Blut beschmiert. Die Frau starb nach 1½ Stunden. Bei der Sektion fand man auf der Stirne eine viereckige Wunde, die durch alle Weichteile und durch das Stirnbein 5 cm tief eingedrungen war. Die harte Hirnhaut war zerrissen. Durch die Öffnung sah man zertrümmerte Hirnteile und Knochensplitter. Die Wundränder waren scharf und glatt. Zu beiden Seiten dieser Wunde befanden sich dazu parallele Wunden, 3 bis 4 an der Zahl, die gerade und gleich lang waren, aber nur bis zum Knochen eindrangen. Am Hals bestand eine Schnittwunde, die jedoch Luftröhre und Halsgefäße unverletzt ließ. Oberhalb der linken Brustwarze fanden sich 8 ganz oberflächliche, parallel zueinander, quer verlaufende Wunden. Die Todesursache war Gehirnlähmung, herbeigeführt durch die mit dem Beil be-

wirkte Gehirnzertrümmerung. Mehrere Zeugen gaben an, daß die Frau sich schon längere Zeit mit Selbstmordgedanken getragen hatte, weil sie sich innerlich krank fühlte. Bei der Sektion ergaben sich lediglich Anzeichen eines chronischen Magenkatarrhs. Der Arzt, der die Frau vorher behandelt hatte, schilderte sie als sehr aufgeregt und hatte den Eindruck, bei ihr käme eine Psychose. Er habe sie deshalb schon früher mit Beruhigungsmitteln behandelt. — Der Fall ist durch die ungeheuer schwere und tiefe Stirnbeinverletzung einzigartig in der Kasuistik!

Fall 19 Althoff. N., ein geistig etwas beschränkter Mensch, Knecht auf einem Bauernhof, zeigte nach den Aussagen der Zeugen in den letzten Tagen vor seinem Tode ein geistig verändertes Wesen. Er äußerte, man habe ihm etwas in das Essen getan, er habe deshalb Kopf- und Magenschmerzen. Zu den Dienstmädchen, mit denen er sich öfter geneckt habe und von denen er geglaubt habe, sie wollten ihm einen Streich spielen, habe er einige Tage vor seinem Tod gesagt: „Bis Sonntag werden sie ihm den Kopf nicht mehr krank machen". Kurz darauf war er eines Morgens verschwunden. Beim Nachsuchen fand man in der Scheune des Bauernhofes auf dem Erdboden eine Blutlache, daneben den Hut des N. und ein größeres Beil, welches am Stiel und den Schnittflächen mit Blut beschmiert war. Von dem Schuppen führte eine Blutspur zu einem 80—100 m entfernten Bach. Hier sah man neben einem zu einer kleinen Holzbaracke zum Wasser hinunterführenden Weg Fußspuren und daneben einige Bluttropfen. 40 m unterhalb dieser Stelle lag N. mit dem Gesicht nach unten im Wasser, welches hier etwa 30 cm tief war.

Sektionsbericht: Am Hals befanden sich mehrere nicht sehr tief gehende Hautwunden, wahrscheinlich Schnittverletzungen. Am Nacken sah man 10 Zusammenhangstrennungen. Die größte davon lag an der unteren Haargrenze der rechten Nackenseite, hatte eine Länge von 10 cm und erstreckte sich 1½ cm tief und 2 cm breit in die seitliche Nackenmuskulatur. Legte man die Ränder zusammen, so zeigte sich, daß eine 2½ cm lange Zusammenhangstrennung davon abzweigte. 1½ cm von dem mittleren inneren Ende dieser Verletzung ging eine weitere 2 cm lange, die ganze Haut durchtrennende, von rechts nach links verlaufende Zusammenhangstrennung ab. 3 cm oberhalb der ersten Zusammenhangstrennung verlief in derselben Richtung eine 4 cm lange und 0.2 cm breite, scharfrandige Wunde, welche Haut und Unterhautzellgewebe durchsetzte, bis in den Schädelknochen eindrang und hier ein kleines Knochenstückchen abgesprengt hatte. In gleicher Höhe mit der rechten Nackenwunde fand man ferner von der Mittellinie des Nackens nach links in waagrechter Richtung eine 4 cm lange und 0.2 cm breite Wunde, die sich bis in die Nacken-

muskulatur erstreckte. Oberhalb dieser Wunde verliefen 5 weitere, alle in waagrechter Richtung und bis auf den Knochen reichend.

Die Schuld eines Dritten an dem Zustandekommen der Verletzungen konnte weder durch die Obduktion, noch durch die Spuren am Tatort festgestellt werden. Die Todesursache war Ertrinken. N. dürfte wohl zuerst versucht haben, sich den Hals zu durchtrennen, brachte sich dann mit dem Beil die Verletzungen im Nacken bei und als dieses zum Sterben noch nicht genügte, schleppte er sich blutend zu dem Bach und ertränkte sich.

Fall 20 Sjövall. Beschreibung eines Selbstmordes durch Erhängen, dem Beilhiebe gegen den Schädel vorangegangen waren.

Die Verletzungen zeigten die für Selbstmord charakteristische große Multiplizität der Hiebe am Scheitel, ihre im wesentlichen gleiche Stärke (durch die Kopfhaut hindurch in den Knochen reichend), den in der Hauptsache längsgerichteten Verlauf und ihre, von Hultkvist hervorgehobene Konvergenz (siehe Fall 51).

Die Wunden in der Schädeldecke waren oft ungleichmäßig und unterbrochen, entsprechend den Unebenheiten der stumpfen Schneide des benützten Beiles. Am Stiel desselben fand man blutige Abdrücke zweier Hände und ihrer Finger. Die Abdrücke gaben einen Doppelgriff um den Stiel an, bei dem die Schneide des Blattes der Person zugewandt war, die das Beil hielt. Ein weiterer Beweis dafür, daß Selbstmord vorlag.

Fall 21 Hermann Pfeiffer. Der Zuhälter S. verletzte zuerst seine Geliebte M. mit einem zylindrischen Eisenstück am Kopf und beging dann Selbstmord. Man fand ihn in agonalem Zustand auf der Treppe. Er war nicht mehr vernehmungsfähig und starb nach kurzer Zeit. S. war dem Trunk ergeben, hatte sich wiederholt an M. vergriffen und Drohungen gegen sie ausgestoßen. Er war wegen gefährlicher Bedrohung bereits vorbestraft. Im Keller lag ein mit Blut besudeltes Beil, ein zylindrisches Eisenstück und ein Küchenmesser, ebenfalls blutbeschmiert. Die Leiche wies bei der Sektion in der Kopfschwarte über dem Scheitel eine Hautwunde auf, erzeugt durch zahlreiche parallel gestellte, sagittal verlaufende Hiebe, die bis zum Knochen eindrangen. Die beiden Scheitelbeine waren ebenso verletzt. Diese Kontinuitätstrennungen zeichneten sich alle durch ihre Keilform und durch die geringe Energie aus, mit der sie zugefügt waren. Auf der Höhe des Scheitels fand sich ein großer längsovaler Defekt in dem Schädelknochen. Aus dem Umstand, daß das ihm entsprechende Knochengewebe nicht als ganz ausgebrochen, sondern in zahllose kleine Splitter zerhackt war, konnte der Schluß gezogen werden, daß auch diese umfangreiche Gewebetrennung durch zahlreiche, wenig energische Gewalteinwirkungen zustande gekommen sei. Der große Sichelblut-

leiter war breit geöffnet, das Gehirn unverletzt, aber von auffallender Blässe. Endlich fand sich an der rechten Unterbauchseite eine die Bauchhöhle eröffnende, aber die Bauchorgane nicht verletzende Wunde. Der Tod war durch Verbluten eingetreten. Die Zahl der Schädelhiebe dürfte mindestens 26 gewesen sein. In der Tasche des Toten befand sich ein Brief, in dem er seine und der M. Schlechtigkeit als Grund der Tat angibt.

Fall 22 Krügelstein. Die offenbar geisteskranke Selbstmörderin hatte sich Schnittverletzungen in der Herzgegend schon einige Tage vor dem eigentlichen Selbstmord beigebracht. Diese waren nämlich schon in Eiterung begriffen. Der Selbstmord glückte einige Tage später durch Hiebe gegen den Kopf mit einer Axt, kombiniert mit Erhängen. Verletzungen: beide Seiten auf der tuberositas ossis frontis zeigten Blutunterlaufungen, das linke Schläfenbein 17 parallele Wunden, meist 2 bis 3 Zoll lang und bis auf den Knochen reichend, das linke Scheitelbein 8 oberflächliche parallele Wunden und das rechte Schläfenbein 5 große, in gleicher Richtung verlaufende, bis auf den Knochen gehende Verletzungen. Endlich befanden sich auf dem rechten Scheitelbein 18 Hautwunden und ein tiefer Hieb, der von der Oberfläche des Hirnschädels schmale Splitter abgesprengt hatte. Auf der rechten Backe hatten Hiebwunden das Ohr oberflächlich durchtrennt.

Fall 23 Werkgartner. Eine 44jährige Frau wurde im Jahr 1922 neben ihrem bewußtlosen, 13jährigen Sohne, der am Kopf und im Gesicht Stichverletzungen hatte, bewußtlos aufgefunden. Sie hatte auf der Höhe des Scheitelbeines eine fast handtellergroße Wunde, in deren Grund das Schädeldach in einer runden Fläche von ungefähr 5 cm Durchmesser bloß lag. Der Hautrand der Wunde zeigte zahlreiche Zacken und Kerben. In der rechten Schläfe lag eine große Lappenwunde mit tief unterhöhlten und gequetschten Rändern. Das Schädeldach war nirgends verletzt. Die Kopfhaut bis zum Nacken wies noch viele kleine Verletzungen auf. Der Hals, beide Vorderarme, die Handgelenke und Ellenbogen zeigten mehr oder minder tief reichende Stich- und Schnittverletzungen. Zuerst versuchte die Frau die Verletzungen durch einen Überfall zu erklären, gab aber später zu, daß sie aus großer Notlage und Angst vor Bestrafung wegen eines Diebstahls ihr Kind im Schlaf töten und dann sich selbst mit der breiten Schlagfläche der Hacke den Schädel einschlagen wollte. Nach Mißlingen dieses Versuches habe sie sich mit dem Messer die Schnitte beigebracht und darauf sich nochmals mit dem Beil einige Hiebe gegen den Kopf versetzt. Mutter und Kind sind völlig genesen. Bei der Untersuchung wegen Mordverdachtes wurde die Frau wegen transitorischer, affektiver Psychose als unzurechnungsfähig erklärt und einer Irrenanstalt übergeben.

Fall 24 Werkgartner. Ein 40 Jahre alter Postunterbeamter war 2 Jahre vor seinem Selbstmord wegen epileptischer Bewußtseinsstörung mit nachfolgenden Verwirrtheitszuständen in den Ruhestand versetzt worden und ist in der Landesirrenanstalt kurze Zeit in Pflege gestanden. Mit seiner Ehefrau hat er immer in gutem Einvernehmen gelebt. Am 9. April 1928 fand man in der Wohnung seine Frau bewußtlos und aus 2 Wunden an der Kopfhaut blutend. Der Ehemann selbst hatte sich mit einem mehrfach um den Hals gelegten Wäschestrick erhängt. Auf dem Boden lag ein mit Blutkrusten bedeckter Hammer, an dessen quadratischer Fläche einige Haare klebten, und ein mit Blut beschmiertes Beil, an dem auf der rechteckigen Schlagfläche des Gehäuses ebenfalls einige Haare klebten. Die Frau kam im Krankenhaus zum Bewußtsein und gab als Grund ihrer Verletzungen einen Sturz auf dem Glatteis an. (Es bestand offenbar eine Erinnerungslücke). 4 Tage später trat ihr Tod ein. Die Sektion ergab queren Berstungsbruch des Schädelgrundes und Zerreißung der rechten mittleren Hirnhautschlagader. Der Leichnam des Mannes, der zweifellos seine Frau niedergeschlagen hat, wies im Gegensatz zu dieser, die offenbar durch wenige wuchtige Beilhiebe verletzt worden war, folgenden Wundbestand auf:

1. Eine große Wundgruppe, die ein Feld von 9 cm Durchmesser bedeckt, liegt in der rechten Kopfseite, ungefähr über dem vorderen unteren Viertel des rechten Scheitebeines.

2. 4 kleinere Wunden sind etwas von dieser Gruppe abgesondert und liegen knapp hinter dem rechten Stirnhöcker.

3. Knapp oberhalb der Stirnhaargrenze liegt fast genau in der Mittellinie eine Gruppe von 3 parallel gestellten Wunden, die nur durch 3 bis 5 cm breite Hautbrücken voneinander getrennt sind. 2 cm weiter rückwärts liegt eine einzelstehende, rechtwinklig geknickte, in beiden Schenkeln 78 mm lange Wunde.

4. Auf der linken Kopfseite liegt, ebenso wie rechts zwischen Kronennaht und Scheitelhöcker, eine gleichfalls dicht gestellte, ungefähr 8 cm im Durchmesser haltende Gruppe von Wunden, deren untere Grenze bis zum Schläfenfeld reicht.

Auf der rechten Seite weisen die Kopfhautverletzungen, soweit sie einzeln zu erkennen sind, ziemlich scharfrandige Zeichnung auf. Im Grunde mancher Wunde liegt das Schädeldach bloß, andere reichen nur bis ins Unterhautzellengewebe oder gehen noch bis auf die Knochenhaut. Die Zahl der Wunden auf der rechten Seite dürfte schätzungsweise von 30—40 Hieben herrühren. Auf der linken Seite bestehen lauter gerade, schlitzförmige Wunden. Sie liegen fast alle parallel und nahezu waagrecht. Die wenigsten Wunden reichen auch hier bis auf den Knochen. Die Wundränder sind ziemlich glatt. Die Zahl dürfte 15 bis 20 betragen. Oberhalb der Mitte der Stirne bestehen die Wunden ebenfalls aus geraden,

senkrecht gestellten, parallelen, schlitzförmigen, seichten Verletzungen. Das Schädeldach weist nur im Gebiet des rechten Scheitelbeines Einbrüche auf. Auf der linken Seite reichen die Einbrüche kaum durch die innere Tafel hindurch. Die harte und weiche Hirnhaut ist ebenso wie das Gehirn selbst nirgends verletzt. Der Selbstmörder dürfte in der rechten Hand den Hammer, in der linken Hand die Hacke mit der Schneide voran, wie es die Wundform beweist, geführt haben. Der Tod trat nach dem Leichenbefund durch Erhängen ein.

Fall 25 Fabrice. Ein an Kopfschmerzen leidender Mann versetzte sich mit der Axt Hiebe gegen den Kopf, spaltete sich die Unterlippe, verletzte sich am Kehlkopf und schnitt sich den einen Hoden ab. Nach seiner Heilung konnte er keinen Grund zur Tat angeben.

Fall 26 Näcke. In Barcelona fand man in einer Stube 4 bereits in Verwesung begriffene Leichen. Zwei davon gehörten einem Ehepaar an, eine ihrem Töchterchen von einigen Monaten und die vierte einem Mann von 28—30 Jahren. Letztere wies 32 Wunden auf und zwar 21 oberflächliche Hautwunden am Körper, 2 davon am Kopf, mit einem Messer zugefügt, dann 4 oberflächliche Hiebwunden am Kopf, die offenbar durch Schläge mit einem Revolver beigebracht waren, und 7 Beilhiebe am Kopf, davon 6 tödliche Wunden. Es fand sich neben Knochenbruch eine Blutung und eine Kontusion der rechten Hirnhälfte. Der Mann hatte offenbar mit einem Beil die drei anderen Personen getötet, und dann durch Messerstiche, Revolver- und Beilhiebe Selbstmord begangen. Die Tat lag schon einige Tage zurück. An den Leichen wurden keine Zeichen von Widerstand oder Gegenwehr gefunden.

Fall 27 Hofmann. Eine alte Frau hatte sich zuerst einen Stich in die Leber versetzt und als der Tod nicht eintrat, ergriff sie ein Küchenbeil und hieb sich teils mit der Schneide, teils mit dem Rücken desselben solange gegen die Stirne und den Scheitel, bis sie bewußtlos zusammensank. Als sie in das Spital gebracht wurde, kam sie wieder zum Bewußtsein. Die Verletzungen bestanden in teils linearen Trennungen, teils in Quetschungen der Kopfhaut. Große Partien der Kopfhaut verjauchten und wurden nekrotisch. Der Tod erfolgte nach mehreren Tagen an Pyämie. Bei der Sektion konnte nachgewiesen werden, daß einzelne mit der Schneide geführte Hiebe sogar die äußere Knochentafel des Schädeldaches durchtrennt hatten.

Fall 28 Maschka. Eine 63jährige Frau versetzte sich in selbstmörderischer Absicht zuerst mit einem Messer einen Stich in die Bauchhöhle, dann mit einer Axt mehrere Hiebe gegen den Kopf und versuchte endlich noch die Blutgefäße in den Ellenbeugen zu

durchschneiden. Sie starb 6 Tage später an Meningitis. Die Sektion ergab 2 Wunden an der rechten Stirnseite, welche mit einem vom rechten Seitenwandhöcker bis zur Spitze des großen Keilbeinflügels verlaufenden Knochensprung verbunden waren.

Fall 29 Kratter. Ein Mann wurde blutüberströmt und mit zahlreichen Wunden bedeckt in seinem Haus aufgefunden. Neben ihm lag ein blutbesudeltes Beil und ein gleichfalls blutiges Küchenmesser. Die Kopfhiebwunden wurden mit der hinteren Ecke des Beiles beigebracht. Die Wunden sind alle seicht, liegen an der Stirne und am Scheitel und haben trotz ihrer großen Zahl nicht zu der Zertrümmerung des Schädels geführt. Mit dem Küchenmesser hatte sich der Selbstmörder noch eindringende, tödliche Brust- und Bauchstichwunden beigebracht.

Fall 30 Ipsen. In der Umgebung von Innsbruck wurde ein Mann in einem Stall erhängt aufgefunden. Neben ihm lag ein Beil. Die Sektion zeigte, daß auf der Stirnhöhe die Haut und die Kopfschwarte zerschnitten waren. In der tabula externa des Stirnbeines waren nur die oberflächlichen Schichten des Stirnbeines herausgesprengt. Man konnte 23 haarfeine Eindrücke in dem gleichen Gebiet von 1½ cm beisammen sehen. Außerdem wurden Typhusgeschwüre bei der Sektion gefunden, woraus zu entnehmen war, daß die Tat im fieberhaften Typhusdelirium geschah.

Fall 31 Straßmann. Eine alte Frau wurde mit einer Anzahl von Hiebwunden am Kopf aufgefunden. Die Verletzungen lagen ganz oberflächlich. Der Verdacht des Mordes fiel auf den Sohn, der leugnete, aber angab, seine Mutter gesehen zu haben, wie sie sich mit dem Instrument die Verletzungen beibrachte. Im Magen-Darmkanal fanden sich Zeichen einer Vergiftung durch Natronlauge, was außer der Art der Verletzungen noch dazu beitrug, Selbstmord anzunehmen.

Fall 32 Otto. Ein eifersüchtiger Metzger rannte erst einige Male mit dem Kopf gegen die Wand und hieb sich dann mit der Schneide einer Axt so lange und so heftig vor die Stirne, bis er betäubt zusammensank. Der Tod trat wegen des starken Blutverlustes ein. Der Schädel zeigte in der Mitte der Stirne ein von unten nach oben laufendes, gehacktes Loch, innen einen Zoll lang und 2 Zoll breit, außen etwas größer, mit einigen benachbarten Gruppen, als den Spuren von schwächeren Seitenhieben.

Fall 33 Merrem. 1909 hatte ein auf Posten stehender Pionier durch unachtsames Wegwerfen eines brennenden Zündholzes einen Waldbrand verursacht. Er versuchte zuerst den Brand zu löschen, als es ihm nicht gelang, verübte er Selbstmord. Ein aufgefundenes Notizbuch gab als Grund der Tat Verzweiflung wegen des verursachten Schadenfeuers an.

Die Sektion zeigte Stichverletzungen an der Brust, wohl mit der Spitze des Seitengewehrs zugefügt. Die 13 Stiche verletzten mit einer Tiefe von 4 cm keine lebenswichtigen Organe. Am Hals waren Würgspuren zu sehen und am Kopf bis in die Mitte der Stirne, auch am Hinterkopf 12 klaffende Wunden, die durch Hiebe mit dem Seitengewehr zugefügt worden waren. Die Verletzungen zeigten den bloßliegenden Schädelknochen in ihrer Tiefe, er war aber nicht durchbrochen. Die Hiebe verursachten Ohnmacht und so ist der Soldat in einen seichten Wassertümpel, vor den er sich wohl schon in dieser Absicht hingestellt hatte, gefallen und ertrunken. Lunge und Magen-Darmkanal erhielten Schlamm und Wasser.

Fall 34 Werkgartner. Ein landwirtschaftlicher Arbeiter war in einem Bauernhaus in den Voralpen Niederösterreichs angestellt. Er war durch eine bedeutende Verkürzung des linken Beines infolge einer Hüftgelenkenzündung zum Krüppel geworden. 1932 wurde er von dem 2. Knecht des Hauses in einem Wassertrog in der Nähe des Hauses ertrunken aufgefunden. Neben dem Trog lag auf dem vereisten Boden eine Hacke.

Leichenbefund: Vor dem Scheitel am Haarboden befanden sich 5 senkrechte, von oben nach unten gegen die Stirne verlaufende, gerade, spaltförmige, gleichgerichtete Hautdurchtrennungen von 3—6 cm Länge. Das Schädeldach war unverletzt. Am Stirnbein waren blutunterlaufene Beulen, die wohl durch stumpfe Gewalteinwirkung entstanden waren, während die anderen Wunden von scharfen Hieben herrühren dürften. Die stumpfen Hiebe waren wohl von geringer Gewalt, konnten aber bewirken, daß der Selbstmörder betäubt wurde und so in den Trog fiel. Er hat unter Wasser noch geatmet, so daß der Tod durch Ertrinken eingetreten ist. Es wurde Selbstmord angenommen. Seit Jahren bestand geistige Minderwertigkeit des Toten. In letzter Zeit soll er durch einen Kälberhandel einen Teil seines Geldes verloren haben, der andere soll ihm gestohlen worden sein, worüber er sich große Sorgen gemacht haben soll. Auch der Umstand, daß die Hände und Arme frei von Abwehrverletzungen waren und alle Wertgegenstände noch in der Tasche des Toten steckten, wies auf Selbstmord. Erstaunlicherweise bezeichnete sich aber der zweite Knecht bei seinem ersten Verhör als Mörder seines Mitarbeiters. Später widerrief er das Geständnis und erklärte seine erste Angabe damit, daß er Angst gehabt habe, die Bäuerin, seine Tante, werde als Mitwisserin verhaftet und seinem Leugnen werde doch kein Glauben geschenkt werden, da er doch allein den Toten gefunden habe. Die Blutspuren am Tatort, die Art der Kleidung des Toten und die Verletzungen, die auf einen Linkshänder, was der Tote wirklich war, hindeuteten, sprachen für Selbstmord, ohne daß allerdings

Mord ganz auszuschließen war. Die Begutachtung war besonders schwierig und der Fall wurde nie vollständig geklärt. Der Berichterstatter kam in seinem Gutachten zur Ansicht, es sei Selbstmord, während ein anderer Gutachter, der zwar mit dem Berichterstatter teilweise übereinstimmte, doch betonte, daß Mord unter besonderen Umständen ebenso gegeben sein könnte. Nehme man an, der Kopf des Knechtes sei im Trog festgekeilt gewesen, so könnten die parallelen, eng nebeneinander liegenden Wunden auch von einer anderen Person zugefügt worden sein. Die Tat könne nach den Umständen allerdings nie so vor sich gegangen sein, wie der 2. Knecht sie in seinem anfänglichen Geständnis geschildert hatte. Das Verfahren wegen Mordes wurde mangels Beweises eingestellt.

Fall 35 Blumenstock. Ein Gendarm kam mit zwei Männern in Streit, die ihm den Säbel entrissen. Darauf beging er Selbstmord. Er wurde auf dem Rücken liegend gefunden, neben ihm ein Bajonett, zwischen den Beinen ein Gewehr mit der Mündung vor der Brust. Die Leiche zeigte am Kinn eine Einschußöffnung, die rechte Gesichtshälfte war zertrümmert, am Schädel fand sich eine 4 cm lange Hiebwunde, darunter ein unregelmäßiger, länglicher Knochendefekt. Der Gendarm hatte sich wohl zuerst die Hiebwunde beigebracht und sich dann mit seinem Gewehr erschossen.

Fall 36 Haberda. Bei einer im März 1913 ausgeführten Sektion eines durch Halsabschneiden verübten Selbstmordes zeigten sich vorher mit einer Hacke gegen die Stirn zugefügte Hiebverletzungen. (Abbildung im Lehrbuch, Bild Nr. 181).

Fall 37 Keferstein. Ein Zahntechniker wurde in seiner verschlossenen Wohnung tot aufgefunden. Die Leiche war nur mit einem Hemd bekleidet. am Boden sitzend, gegen die in die Schlafstube führende Türe gelehnt. Der Kopf und das Hemd waren stark mit Blut besudelt. Neben der Leiche befand sich eine große Blutlache, ebenso im Bett. Neben dem Bett lag ein blutiger Hammer, ein Meißel und eine Zange, eine Hacke und ein chirurgisches Messer. Auf dem Waschtisch stand eine leere Kokainflasche, ein Chloräthylglasballon, eine Injektionsspritze, ein Karton mit Euseminampullen und eine Flasche, die Sublimatlösung enthalten hatte. Die Leiche wies folgende Verletzungen auf: fast genau auf der Schädelhöhe sah man eine blutige Quetschwunde, welche bis auf den Schädelknochen reichte, der zertrümmert war. Die Knochenränder waren uneben und blutig. An der Innenseite des Schädeldaches war an der entsprechenden Stelle eine gleichartige Verletzung. Rings um die Schädelverletzung hingen einzelne blutige kleine Knochensplitter. Die harte Hirnhaut war angeritzt. Das Gehirn und der Längsblutleiter war unverletzt. An der rechten Halsseite befand sich eine Schnittwunde, an der

rechten Brustseite 4 Stichwunden in der Herzgegend, an beiden Unterarmen Schnittwunden in der Gegend der Pulsadern. Die Sektion gab als Todesursache die Durchtrennung der rechten Pulsader an. Auch fanden sich im Magen Zeichen von Giftwirkung. Nach den Verletzungen und den anderen Umständen lag hier unzweifelhaft Selbstmord vor. Die Wohnung war verschlossen, es fehlten keine Wertgegenstände in der Wohnung, außerdem wurden Abschiedsbriefe an die Verwandten gefunden. Der Verstorbene hatte wohl seine Kenntnis von schmerzstillenden Mitteln dazu benützt, seine Kopfhaut unempfindlich zu machen, um dann schmerzlos die Zertrümmerung der Schädeldecke vorzunehmen. Als dies nicht zum Ziel führte, hat er sich die Stiche in der Brust beigebracht, dann hat er wahrscheinlich Sublimat genommen und endlich sich die Pulsader geöffnet, so daß sein Tod letzten Endes durch Verbluten herbeigeführt wurde.

Fall 38 Möller. Am 5. Dez. 1933 holte der Angestellte X. die Polizei, da er beim Nachhausekommen seine Frau tot in der Wohnung fand. Im Schlafzimmer der Zweizimmerwohnung wurde die Leiche der Frau X. zwischen dem Kleiderschrank und den beiden zusammengestellten Betten gefunden. Sie lag mit dem Rücken auf einer Wolldecke am Boden vor dem großen Spiegel des Kleiderschrankes. Blutspritzer wurden keine gefunden. Am linken Vorderarm befanden sich drei Schnittwunden, die aber die Pulsader nicht geöffnet hatten. Neben dem ausgestreckten linken Arm lag ein sehr scharfes Beil, dessen Stiel nur wenig mit Blut beschmiert war. Zwischen den gespreizten Beinen lag ein zu einem Schustermesser umgearbeitetes Küchenmesser, das ebenfalls sehr scharf war. Die rechte Hand hielt eine neue Gardinenschnur. Der Hals zeigte tiefe Strangulationsmerkmale. An der Stirne, direkt an der Haargrenze, fanden sich verschiedene Verletzungen, die offenbar von dem neben der Leiche liegenden Beil herrührten. Die Gardinenschnur war, nach Angabe des Mannes, 3 mal fest um den Hals der Frau gewickelt, er habe sie geöffnet in der Annahme, seine Frau noch retten zu können. Das Messer gehöre ihm, das Beil und die Schnur habe er jedoch nie in seiner Wohnung gesehen. Eine Erklärung für den Selbstmord seiner Frau könne er nicht geben. Er habe mit seiner Frau keinen Streit gehabt, die Ehe sei gut gewesen, auch sei in letzter Zeit nichts Besonderes vorgefallen. Seine Frau habe früher an epileptischen Krämpfen gelitten. Sie sei deshalb viel in ärztlicher Behandlung gewesen, auch sei sie schon in geschlossener Anstalt in Behandlung gewesen. Vor der Ehe habe sie schon einmal einen Selbstmordversuch durch Öffnen der Pulsader gemacht. Durch Nachweis seiner Anwesenheit an der Dienststelle konnte der Mann ein vollkommenes Alibi erbringen, so daß er als Täter ausschied.

Die Leichenschau ergab wenige Blutspuren, aber der Mund war mit Blut angefüllt, das nicht vom Inneren stammte. Vermutlich war es mit den Lippen von den Schnittwunden am Vorderarm aufgesogen worden (??). Die Verstorbene befand sich im Zustand der Menstruation. Der Tod war durch Erdrosseln eingetreten. Die Frau wird wohl nach den Selbstverletzungen am Spiegel die Selbsterdrosselung verübt haben. Der Grund dürfte die Krankheit gewesen sein.

Fall 39 Pedersen. Der 20jährige Zimmermann S. stammte aus einer erblich belasteten Familie. Mütterlichseits litten 2 Tanten an Verfolgungsvorstellungen, waren aber nicht in Anstaltsbehandlung, ein Onkel hatte sich erhängt. Väterlicherseits war ein Onkel 5 mal wegen chronischem Alkoholismus, darunter dreimal wegen Delirium tremens in Behandlung einer psychiatrischen Klinik. Seine fünf Brüder und sein Großvater waren ebenfalls Trinker. S. war früher still und zurückhaltend, aber sein Verhalten war nie besonders auffällig. Im Arbeitsdienst verhielt er sich eines Tages, während seine Kameraden spielten, auffallend ruhig. An diesem Tage entfernte er sich abends 8 Uhr aus dem Lager und kehrte in der Nacht nicht zurück. Am nächsten Tag fanden ihn Kameraden um 2 Uhr mittags in einem nahe dem Lager gelegenen Feld bewußtlos und blutüberströmt am Boden liegend. Neben ihm fand man ein Taschenmesser und ein Beil, dessen Kopf und Stiel mit Blut beschmiert war. In der Umgebung bemerkte man keine Zeichen eines Kampfes. Das Taschenmesser gehörte S. selbst und das Beil stammte aus einem Schuppen im Lager. S. wurde zur Behandlung in eine chirurgische Klinik gebracht. Als er zum Bewußtsein kam, gab er sofort an, sich die Verletzungen selbst beigebracht zu haben.

Befund: Am rechten Handgelenk hatte er oberflächliche Schnittwunden, die nur die Haut verletzten. Am linken Handgelenk waren tiefere Schnittwunden, die die Sehne des Muskulus palmaris longus durchtrennten. An der linken Halsseite befanden sich mehrere oberflächliche Schnittwunden, außerdem eine über 10 cm lange Wunde, die das Platysma durchtrennte, aber keine tieferen Verletzungen verursacht hatte. Am Kopf fand man deutlich erkennbar 4 voneinander getrennte Wunden, die alle sagittal und ziemlich genau parallel verliefen. Eine davon, die an der Haargrenze anfing und in der Mittellinie des Schädels verlief, hatte nur die Haut durchtrennt. Zwei andere lagen weiter nach hinten in der Scheitelgegend, ebenfalls in der Medianlinie und unmittelbar neben derselben. Beide hatten die Tabula externa des Knochens zertrümmert. Auf der Scheitelhöhe fand sich eine Hiebwunde, die den Knochen durchschlagen hatte, so daß die Dura in einem mehrere Zentimeter großen Bezirk freilag. Die Dura selbst

war unverletzt. An dieser Stelle, in der linken Scheitelgegend, lag wahrscheinlich eine Hirnkontusion. Der Patient hatte nämlich eine vorübergehende spastische Parese des rechten Beines. Die Wundheilung war durch eine kleine Eiterung kompliziert. Am Tage nach der Einlieferung in die chirurgische Klinik wurde der Patient zunehmend stuporös und ängstlich gespannt. Er wurde deshalb in eine psychiatrische Klinik überwiesen. Stupor und Erregung hielten mehrere Wochen an. Nach 4½ Monaten wurde der Patient frei und zugänglich entlassen. Über seinen Selbstmordversuch gab er an, sich keinen Grund denken zu können. An jenem Tage wäre er völlig verwirrt und ratlos gewesen. Er hätte weder ein noch aus gewußt. Zuerst habe er sich mit dem aus dem Lagerschuppen mitgenommenen Beil die Kopfverletzungen beigebracht. Am Morgen sei er darauf erst wieder zu Bewußtsein gekommen und habe sich dann die Verletzungen am Hals und an den Händen beigebracht. Die völlige Richtigkeit dieser Angaben konnte angezweifelt werden, da der Patient von der Zeit vor dem Selbstmordversuch einige falsche Angaben machte. Man könnte sich aber den Hergang schon so erklären. da der eine stärkere Hieb Bewußtlosigkeit verursacht haben konnte. Auch dürfte durch die Verletzung des rechten Palmaris longus die Beweglichkeit der Hand gelitten haben, also wohl diese Verletzung erst als zweite zugefügt sein. Ferner spricht die Lage der Verletzungen am Kopf auf der Scheitelhöhe, innerhalb eines engen Bezirks und der parallele Verlauf der Wunden für Selbstzufügung.

Der Patient wurde nach seiner Entlassung aus der psychiatrischen Klinik 2 Jahre lang beobachtet. Er nahm die Arbeit wieder auf und leistete als Zimmermann vollwertige schwere Arbeit. Das psychiatrische Verhalten blieb frei und unauffällig.

III. Selbstmorde durch Kopfhiebe allein.

a. Kopfhiebe mit stumpfen Werkzeugen.

Fall 40 Howe, a strange case. Boston, med. and. chir. Journ. 1883, pag. 433.

C. versuchte nach Aussage seiner Frau, der er mit einer Pistole Hiebe auf den Kopf versetzt und auf die er dann 2 Schüsse abgefeuert hatte, zuerst sich zu erschießen, und als die Pistole versagte, versetzte er sich mit derselben Waffe wuchtige Hiebe gegen den Kopf. Der Tod erfolgte durch Shock. Die Sektion ergab in der rechten Wangengegend eine schnittähnliche Wunde, 2 solche an der rechten Schläfengegend, 9 am Scheitel dicht beisammen, je

eine bis auf den Knochen dringende über dem rechten Ohr und am Scheitel, außerdem je einen triangulären Schnitt auf beiden Armen. C. hatte sich schon früher mit Selbstmordgedanken getragen und die Tat offenbar in geistesgestörtem Zustand ausgeführt.

Fall 41 Caspar-Limann. Ein seit langer Zeit schwermütiger Taglöhner versetzte sich mit einer Flachsklopfe mehrere so heftige Schläge gegen den Kopf, daß er nach einigen Stunden starb.

Fall 42 Knüppel. Ein Apotheker zerschlug sich den Hirnschädel mit einer eisernen Mörserkeule.

Fall 43 Brera Giornale di Medicina, Tom. V. Ein Wahnsinniger schlug sich mit einem zinnernen Nachttopf und einem Löffel von demselben Material die Schädelknochen ein. Die Wunde erstreckte sich von der einen Schläfengegend bis zum Scheitel und hatte nach 2 Stunden den Tod zur Folge.

b. Kopfhiebe mit scharfen Werkzeugen.

Fall 44 Moskow, Annales Méd. Lég. etc. 1930. Selbstmord durch Beilhiebe auf das Hinterhaupt mit einem Zimmermannsbeil.

Fall 45 Gothaische politische Zeitung, September 1839. Kurze Mitteilung über einen Selbstmord: In Berlin spaltete sich eine Handwerkersfrau mit einem Beil den Kopf.

Fall 46 Schauenstein. Ein Lohnbedienter brachte sich mit einem Beil 17 Hiebe an Stirne und Schädeldach bei, von welchen einige den Knochen durchdrangen und den Tod durch Meningitis verursachten.

Fall 47 Krügelstein. In einem Walddickicht wurde ein Skelett aufgefunden, das einer vor Jahren aus Angst vor Strafe entwichenen Person angehörte. Man fand an dem Schädel in der Gegend der großen Fontanelle ein Loch, das offenbar mit dem neben dem Skelett gefundenen Beil selbst beigebracht war.

Fall 48 Hofmann. Im Oktober 1884 kam eine 64jährige Pfründnerin vormittags zu Fuß mit großen Verletzungen in die chirurgische Abteilung des Krankenhauses und gab an, sich die Verletzungen mit einer Hacke selbst beigebracht zu haben. Sie starb nach 6 Tagen, ohne außer benommenem Sensorium auffällige Hirnerscheinungen gezeigt zu haben. Die Frau lebte in guten Verhältnissen, soll aber etwas eigenartiges an sich gehabt haben und sehr verschlossen gewesen sein. Die Sektion ergab folgenden Befund: An der vorderen Scheitel- und Stirngegend eine schlitzförmige, 11 cm lange, zwischen den Enden der Augenbrauenbögen beginnende und gerade nach hinten oben zeigende, mit teils borkig vertrockneten, teils mit Granulationen besetzten, geröteten, geraden Rändern versehene Wunde. Nach oben zu geht die Wunde in

2 spitze Winkel über, von denen der rechte weiter rückwärts reicht und zwischen ihnen hängt ein Hautlappen herunter, der sich nach vorne zu verschmälert. Er zeigt hinten scharfe und vorne fetzige Ränder. Die ganze Wunde ist bis 5 cm breit. Ihre Ränder sind bis auf 2 cm überall vom Knochen abgehoben und stellenweise, besonders in den vorderen Wundwinkeln, eiterig belegt. Am Grund der Wunde liegt der Knochen bloß, außerdem ist hier eine Knochenlücke zu sehen, die spaltförmig ist. Links neben dieser Wunde geht eine andere parallel und sagittal. Außerdem bestehen noch mehrere dazu parallele schlitzförmige Wunden mit scharfen Rändern. In den Ellenbeugen und Kniegelenken bestehen einige parallele, seichte Einschnitte, die kein Blutgefäß verletzt haben. Am Stirnbein befindet sich eine schlitzförmige, von der glabella frontis entlang der ehemaligen Stirnnaht direkt nach hinten zu gehende und 2 cm vor der Kreuznaht endende Lücke im Knochen. Sie ist 7 cm lang und 3 cm breit. Die äußere Tafel ist von der Beinhaut entblößt. An der Innenfläche des Schädels ist die Glastafel vielfach abgesprengt. Die harte Hirnhaut ist scharfrandig durchtrennt. Die inneren Hirnhäute sind wie die Innenfläche der harten Hirnhaut mit Eiter infiltriert. Der vordere Teil der oberen Stirnwindung ist im Umfang einer Haselnuß rot erweicht und von Blutaustritten durchsetzt. Der Tod ist durch eiterige Hirnhautentzündung eingetreten, die durch die Kopfverletzungen, besonders durch die von der Nasenwurzel bis 2 cm vor der Kranznaht direkt von vorne nach hinten ziehende, am Hinterrand in 2 scharfrandige Einschnitte auslaufende, spaltförmige Lochbrüche des Stirnbeines veranlaßt war. 9—10 Hiebe mit der Schneide einer Hacke oder zugleich mit ihrem stumpfen Teil haben diese Verletzungen verursacht. Parallele Lage, geringe Tiefe, Lage an Stellen, die von der Toten leicht selbst zu erreichen waren, außerdem die Verletzungen an Armen und Knien deuten auf Selbstmord.

Fall 49 Werkgartner. Am 17. Februar 1935 wurde eine ältere Frau mit mehreren Hiebwunden am Kopf in ihrer Wohnung tot aufgefunden. Vermutet wurde Raubmord und ein Verwandter der Toten wurde der Tat verdächtigt. Die Leiche befand sich in sitzender Haltung auf einem Stuhl, mit dem Oberkörper etwas nach rückwärts gelehnt. Der mit Blut überronnene Kopf war nach links gesunken. Die Frau war mit einem schwarzen Arbeitsmantel bekleidet, der über und über mit Schmutz bedeckt und mit Gehirnteilchen und mit kleinen Knochensplittern besät war. Die linke Hand hielt mit leichter Umgreifung den Stiel eines Beiles, das fest auf den linken Oberschenkel aufgestützt war. Auf seinem Eisenteil lag ein zweites Beil, das sich mit der Klinge an der aufrechten Hacke verfangen hatte und dessen Stiel schräg nach rechts abwärts gerichtet auf der Brust lag, von der rechten, schlaff herab-

hängenden Hand leicht an den Körper gedrückt. Der rechte Ellenbogen war auf dem neben dem Sessel stehenden Tisch aufgelegt. Etwa 1 m vor der Leiche lief quer durch die Küche ein sich tief herabsenkender Vorsprung der Zimmerdecke. Eine entlang der Kante des Vorsprungs angebrachte Holzleiste zeigte deutlich Spuren der Einwirkung einer rechtwinkelig begrenzten Schlagfläche. Es war gut vorstellbar, daß ein Mensch, wenn er mit einem Beil zum Hieb gegen den Kopf der am Sessel sitzenden Frau ausholte, mit der Breitseite der Hacke diese Stelle der Holzseite treffen konnte. Eine Zeugin berichtete, daß der Mann der Toten zu ihr gekommen sei, und ihr den Selbstmord mitgeteilt habe. Der Mann hat sich darauf in der Donau ertränkt (!). Die Tote war an einem Tag vor der Tat bei einem Arzt wegen eines schweren Erregungszustandes und dieser verordnete ihr ein Beruhigungsmittel.

Die S e k t i o n der Frau ergab folgende Verletzungen: In der Haut der rechten Stirn-Schläfengegend bestand eine große halbmondförmige Wundlücke. Ihr längster Durchmesser war 8 cm, der dazu senkrechte quere Durchmesser betrug 4 cm. Die Wundränder waren durch zahlreiche gleichgerichtete, meist ganz scharfrandige, größtenteils nicht einmal 10 mm lange, gerade, in haarfeinen, spitzen Wundwinkeln endende Einschnitte gekerbt, wobei die Kerben nicht ganz senkrecht stehend und von vorne nach rückwärts gleichmäßig und dicht aneinandergereiht waren. Neben dieser Wunde lagen gerade, seichte Wunden, die fast nur kratzerartig aussahen. Die Zahl der Hiebe gegen diese Stelle dürfte 30 betragen haben. Das Schädeldach zeigte hier eine Lücke mit dem Durchmesser 7×4 cm. Der Längsdurchmesser entsprach ungefähr der Kronennaht. Die Lücke betraf das rechte Scheitelbein, das Stirnbein und den großen Keilbeinflügel. Auch am Knochen waren entsprechend dem Hautbefund, mehrere Hiebe zu bemerken. Die Hirnhäute waren im Bereich der Lücke zerrissen, das G e h i r n im Gebiet des rechten Schläfenpoles z e r q u e t s c h t und im Gehirngewebe waren Knochensplitter zu tasten. In der Mitte der Stirne sind die weichen Schädeldecken von mehreren geraden Wundspalten durchtrennt, deren Länge 5 cm betrug. Sie lagen dicht beieinander. Diese Wunden dürften durch 15 Hiebe entstanden sein. Der Knochen war hier nur angeritzt. Zwischen der Wundgruppe der rechten Schläfe und der Stirne lag noch eine kleine Hautwunde. An der linken Schläfengegend bestanden noch oberflächliche Wunden, ungefähr 30 an der Zahl. Der Knochen ist hier nicht erreicht worden. Hände und Arme waren frei von Abwehr- und Deckungsverletzungen. Der Tod trat durch die schwere Verletzung des Gehirns, durch den Blutverlust und durch Hirnlähmung ein. Am Tag der Tat wurde ein Abschiedsbrief der Frau gefunden, worin sie über ihre Habe verfügt und Anordnungen

wegen ihres Begräbnisses trifft. Wirtschaftlicher Niedergang war darin als Grund der Tat angegeben. Die Sektion, die übergroße Zahl der Hiebe, die Zusammenfassung der Verletzungen in 3 Gruppen, die gleiche Einstellung innerhalb einer Gruppe, die geringe Kraft eines einzelnen Hiebes, außerdem die übrigen Umstände führten zur Annahme des Selbstmordes. Die Frau führte in jeder Hand ein Beil, mit der linken Hand erzeugte sie die Verletzungen auf der linken Schläfe, mit der rechten die auf der rechten Schläfe, auch die Wunden auf der Stirne. Die Beilspur an der Holzleiste über dem Kopf der Leiche war wohl durch Einschlagen von Nägeln, wie 2 leere Nagellöcher und ein feststeckender Haken vermuten ließen, entstanden.

Fall 50 Harbitz. 1898 wurde bei Flekkefyord in Norwegen in einem Walde die Leiche eines 50 Jahre alten Bauers gefunden, 2 m entfernt lag eine große schwere Holzfälleraxt.

Verletzungen der Leiche: in der Haut der Scheitelgegend war ein 13.5 cm langes Loch. Darunter war das Schädeldach durch mehrere Axthiebe eingeschlagen. In der Tiefe dieses Defektes drang eine ungefähr 2.5 cm lange und 6 mm breite Wunde durch die Hirnhäute in das Gehirn. Die Zahl der Hiebe betrug mindestens 13. Die Hiebkerben waren alle scharfrandig. Der ganze Schädeldefekt maß 7,3 cm von vorne nach hinten. Er war größer an der Außenseite als an der Innenseite. Er lag im Scheitelabschnitt und umfaßte in seiner Gesamtheit die Scheitelbeine, wobei er ein Viertel der Pfeilnaht bedeckte. Die Eröffnung war hinten am schmalsten, am breitesten in der Mitte und links vorne, sie hatte sehr scharfe Ränder rechts und vorne links. Um den Defekt lagen scharfe Einschnitte, die mehr oder weniger tief eingedrungen waren. Verlängerte man die Hiebwunden nach vorne und hinten, so sah man, daß ihre Richtung ziemlich verschieden war. Die Lokalisation der Verletzungen nur in der Scheitelgegend, die Zahl derselben und ihre Schwere (es müßte der erste solcher Hiebe Bewußtlosigkeit bewirkt haben) führten die medizinische Fakultät zu dem Gutachten des Mordes. Außerdem lag die Hacke 2 m von der Leiche entfernt und der Tote hatte sein Gesicht mit den Händen bedeckt, was nach einer so schweren Selbstverletzung beides wohl nicht mehr möglich gewesen sei. Auch Harbitz kam nach Besichtigung des Schädeldaches auf Grund der ausschließlichen Lage der Verletzungen an der Scheitelregion, hinter dem Koronarsaum und fast bis zur Sutura lambdoidea hin, der Divergenz der Wunden und ihrer Größe und Tiefe zur Ansicht, daß ein Mord vorliege. Auch glaubte er, ein Selbstmörder hätte nach 2 Schlägen, die Hirnzerquetschung und Durchtrennung des sinus longitudinalis zur Folge hatten, das Bewußtsein verloren und nicht weiter schlagen, zum mindesten nicht die Axt 2 m wegschleudern

und sein Gesicht mit den Händen bedecken können. Der des Mordes angeklagte Arbeiter des Nachbargutes wurde jedoch wegen mangelnder Beweise freigesprochen.

Hultkvist kam indessen zu einer anderen Ansicht als die anderen Gutachter. (s. nächsten Fall.)

Fall 51 Hultkvist. Ein 47jähriger Geistesgestörter, der seine Frau durch Schläge auf den Kopf tötete, beging hierauf Selbstmord, indem er sich mehrere Kopfverletzungen mit Axthieben zufügte. Er hatte zahlreiche Hiebverletzungen im oberen Teil der Stirne und in der Scheitelmitte, begrenzt von einem Stück von 7½ cm Breite, ein großes Loch in der Haut und darunter einen länglichen Defekt im Knochen, dessen größte Breite zwischen den Rändern nach vorne zu lag. Die Verletzungen hatten scharfe Wundränder, sowohl in der Haut wie längs des Knochendefektes und an dessen Seiten. Die scharfrandigen Wunden fielen nach vorne etwas zusammen, so daß ihre Verlängerungen sich etwas vor dem Kopf schnitten, da, wo wohl die Hände die Axt gehalten hatten. Weiterhin fanden sich bei der Sektion Schnittwunden am Hals und an den Handgelenken. Hultkvist meint, gestützt auf diesen Verletzungsbefund, daß bei Selbstmord durch Kopfhiebe die Wunden nicht parallel verlaufen, wie es bei den Berichten der meisten Gutachter lautet, sondern daß die Hiebe in Wirklichkeit nach vorne gegen die Medianebene des Kopfes konvergieren. Treffpunkt der verlängerten Wundlinien ist dort, wo die Hände, in der Medianebene gehalten, die verschiedenen Hiebe gegen den Kopf versetzten. Hultkvist betont, daß nur die Mehrzahl der Hiebe die Konvergenz zeigt und nicht alle so liegen müssen. Also schließen einzelne abgeirrte, in anderen Richtungen gelegene Hiebe, bei großer Wundenzahl den Selbstmord nicht aus. Besonders am hinteren Teil des Scheitels, im Nacken und auch an den Schläfen kann man Hiebe finden, die sogar im rechten Winkel zu den konvergierenden verlaufen. Trotzdem ist daraufhin Mord noch nicht zu beweisen und Selbstmord nicht auszuschließen. Schläge auf den Kopf durch in der Medianebene fixierte Hände kämen unter bestimmten Umständen auch bei Mord vor. Man nehme an, daß der Schädel eines Opfers, meist wohl des bewußtlosen Opfers, in irgend einer Weise während aller Hiebe fixiert ist, wie z. B. in einem engen Brunnentrog oder im Kreuz eines Treppengeländers und die Hände des schlagenden Mörders sind ebenfalls immer in der gleichen Richtung und Stellung fixiert, so können die Verletzungen denen eines Selbstmordes gleich sein. Ein solcher Fall dürfte sich aber wohl äußerst selten mit all den dazugehörigen Umständen ereignen, außerdem müsse man dann an den Seiten des Schädels des Getöteten Verletzungen der Einklemmung finden. Hultkvist hat diese mögliche Lage der Verletzungen bei Mord

und andererseits die Fächerform der Verletzungen bei Selbstmord, die nach seiner Meinung immer besteht, wenn auch verschoben nach links oder rechts von der Medianebene, da diese die Steuerebene bei Selbstmorden durch Kopfhiebe sein muß, durch eigene Versuche bewiesen.

Er hat verschiedenen Personen, denen die Eigenschaften des Selbstmordes dieser Art nicht bekannt waren, eine dicke Gummidecke, die mit einem Material bestrichen war, in dem die Hiebe sich gut abzeichneten, auf den Kopf gebunden und hat sie dann die Tat nach ihrem Ermessen ausführen lassen. Bei diesen Versuchen, von welchen einige in der Svenska Läkares allskapets Handligar, Bd. 60/61, abgebildet sind, zeigte sich als Ergebnis die Fächerform, wenn auch aus der Medianebene verschoben, und die Konvergenz der Wunden nach vorne.

Hultkvist glaubt in der Zeichnung des von Harbitz beschriebenen vorigen Falles (s. Fall 54) Ähnlichkeiten mit dem von ihm obduzierten Selbstmord zu finden. Er meint, keine Umstände verbieten dort die Annahme eines Selbstmordes. Ein Mensch könne sich solche Selbstverletzungen beibringen, was durch die Literatur und in diesem Falle durch die Lage und Richtung der Wunden, die teilweise schon nach vorne konvergieren, und durch die seichte Tiefe der einzelnen Schläge bewiesen werde. Die Bruchränder müßten nicht unbedingt einem Hieb entsprechen, ihre Richtung müßte deshalb nicht mit denen der Hiebe identisch sein.

Hultkvist führt noch als Grund seiner Annahme eines Selbstmordes im Fall 50 an, daß der Tote einen geistesgestörten Bruder hatte und selbst ein gedrücktes Wesen gezeigt habe, besonders nachdem er sich seine Schulter einige Zeit vorher verletzt hatte. Der Tod durch Verbluten ermöglichte auch noch vorher das Wegschleudern der Axt und das Bedecken des Gesichtes mit den Händen. Die Spuren am Boden, die Harbitz auch als Beweismomente für Mord deutete, können nach Hultkvist auch so entstanden sein, daß der Tote in kniender Stellung das Beil gegen den in der Nähe liegenden Fels gehalten und gestützt hat und sich so die Verletzungen am hinteren Teil des Scheitels und Kopfes beigebracht hat. Der Axtstiel wäre in dieser Stellung am Boden gestützt fixiert gewesen. Daher könne es auch kommen, daß nur ein Teil der Hiebe die Konvergenz nach vorne in der Richtung der Meridianebene zeigte.

Fall 52 Marx. Eine 46 Jahre alte Frau kam zur Sektion mit den Angaben „Tod durch Hiebverletzungen des Kopfes."

Sektionsbefund: Es fanden sich in der Haut des Vorderkopfes 8 Wunden, mit im allgemeinen glatten, aber etwas gequetschten Rändern, die nach ihrem Aussehen als Hiebverletzungen zu erkennen waren. 3 dieser Wunden lagen auf der linken

Stirnhälfte in geringer Entfernung voneinander und verliefen, annähernd parallel zueinander, in der Richtung von hinten oben nach vorne unten. 2 Wunden fanden sich über dem linken Ohr, etwa einen Querfinger von einander entfernt und zogen in der Richtung von rechts vorne nach links hinten unten. 3 Wunden lagen rechts vorne am Kopf, 2 davon liefen in der Richtung von links oben nach rechts unten, die am meisten nach außen gelegene war annähernd quergestellt. Schließlich fand sich noch oberhalb des rechten Augenbrauenbogens und neben dem rechten Auge je eine braunrote Hautvertrocknung. Die 8 Wunden gingen zum Teil nur durch die Haut, zum Teil reichten sie bis auf den Knochen. Das Schädeldach war sehr diploéreich. Die Schädeldicke betrug im Hinterhauptbein 9 mm, im Schläfenbein 4 mm, im Scheitelbein 6 mm und im Stirnbein 8 mm. Im linken Stirnbein fanden sich an zwei Stellen, die zwei Hautverletzungen entsprachen, in der äußeren Glastafel zwei furchenartige Defekte. Entsprechend der Hautwunde in der Gegend des rechten Stirnhöckers war die äußere Glastafel in Form eines Dreiecks leicht eingedrückt und innerhalb der imprimierten Stelle fand sich ein ganz seichter, 1½ cm langer, furchenartiger Defekt im Knochen. Alle 3 Verletzungen betrafen nur die äußere Glastafel, sonst war der Schädelknochen vollkommen intakt. Am Gehirn fanden sich mit Ausnahme einzelner geringgradiger intrameningealer Blutextravasate und 3 stecknadelkopfgroßer Blutungen am Boden des 4. Ventrikels keine Verletzungen. Bis auf eine alte Lapratomienarbe, eine ausgedehnte chronische Perihepatitis, Perisplenitis und Perimetritis ergab die Obduktion keinen nennenswerten Befund. Die Todesursache bildete eine mit Kontusionen des Gehirns einhergehende Gehirnerschütterung.

Nach der Sektion kam man zu der Annahme, es liege hier Selbstmord vor, da der geringe Grad der Verletzungen in den meisten Fällen Mord ausschließt, besonders wenn, wie hier, die geringe Dicke des Schädelknochens (4—9 mm) bei Gewalteinwirkung von fremder Hand, tiefere Verletzungen erwarten läßt. Auch die Lokalisation der Wunden auf der vorderen Schädelhälfte ließ sich gut mit der Annahme eines Selbstmordes in Einklang bringen.

Erst nach der Sektion ergab sich der wahre Sachverhalt. Da die Frau durch 6 Jahre krank war und den größten Teil dieser Zeit im Spital zubringen mußte, hatte der Mann eine Wirtschafterin genommen. Zwischen den beiden Frauen war es häufig zu Streitigkeiten gekommen. Nach Aufforderung der Polizei, an welche sich die Ermordete um Schutz gewendet hatte, wollte der Mann die Wirtschafterin entlassen. Einige Zeit später wurde die Ermordete von ihrer Schwester nachmittags nach Hause gebracht. Darauf kam es nach den Angaben der Wirtschafterin zwischen ihr

und der Ermordeten neuerlich zu einem Streit, in dessen Verlauf die Ermordete sie angeblich mit einem Messer bedrohte. Um den Angriff abzuwehren, habe sie zweimal mit einer Semmelreibmaschine, die sie gerade in der Hand hielt, gegen den Kopf der Frau losgeschlagen, so daß diese zu Boden fiel. Hierauf habe sie ihr noch weitere 5 Schläge versetzt. Sie sei sich dessen bewußt gewesen, daß sie auf diese Weise die Frau töten könne, habe aber schon wiederholt die Absicht gehabt, die Frau aus dem Wege zu räumen. Nach der Tat habe sie der Erschlagenen die blutigen Kleider abgenommen, ihr reine Wäsche angezogen, das Zimmer von Blutspritzern gereinigt und die Maschine in einen Kübel Wasser geworfen, um dadurch die Spuren des Verbrechens zu tilgen. Eine halbe Stunde nach der Tat kam der Mann der Ermordeten nach Hause und verständigte die Polizei. Das Geständnis der Täterin kann mit den Verletzungen der Toten nur dann in Einklang gebracht werden, wenn die Mörderin eine schwächliche oder geisteskranke Person war. Für das letztere sprach das Verhalten der Täterin nach der Tat, insbesondere die primitive Art, mit welcher sie die Spuren der Tat zu verwischen suchte, und die Ruhe, mit der sie die Rückkehr des Mannes und das Eintreffen der Polizei abwartete. Auch der das Verhör vornehmende Polizeibeamte bezeichnete die Täterin als geistesschwach. Einige Angaben der Wirtschafterin konnten kaum auf Wahrheit beruhen. So war nicht glaublich, daß die Ermordete, die erwiesenermaßen sich nur mühselig mit Hilfe eines Stockes fortbewegen konnte, die Täterin mit einem Messer angegriffen habe. Auch dürften die Verletzungen der Ermordeten von der Täterin nicht mit der Semmelreibmaschine zugefügt worden sein, sondern mit einer kleinen Hacke, die ebenfalls in der Wohnung gefunden wurde. Die Angaben konnten nicht nachgeprüft werden, da die Täterin unmittelbar nach dem ersten Verhör Selbstmord beging.

Dieser Fall sei hier angeführt und so ausführlich beschrieben, da er besonders deutlich zeigt, daß die Frage, ob Mord oder Selbstmord durch Schädelhiebe vorliegt, unmöglich nur durch die Lokalisationen und die Art der Verletzungen geklärt werden kann.

Fall 53 Munk. Eine 50jährige verheiratete Frau war am 6. 6. 36 vormittags in stark verletztem Zustande auf dem Fußboden der Waschküche in einem Nebengebäude eines kleinen Landbesitzes, wo sie wohnte, gefunden worden. Im Hause anwesend war zu dieser Zeit ihre 83jährige Schwiegermutter und ihr 3jähriges Enkelkind. Ihr Mann war frühmorgens zur Arbeit auf das Feld gegangen und eine Tochter, die im Hause wohnte, hatte das Haus einige Stunden vorher verlassen. Eine Türe und die Fenster der Waschküche waren von innen verschlossen, die zweite Tür war durch den Körper der Verletzten versperrt, so daß die Schwiegermutter, die sehr schwäch-

lich war, nicht in den Raum gelangen konnte. Sie ging zu einem Nachbar und dieser holte den Mann der Verletzten und eine in der Nähe wohnende, verheiratete Tochter. Diese war die erste, die den Raum betrat. Die Verletzte wurde bewußtlos gefunden und sofort in ein Krankenhaus eingeliefert. Sie starb drei Tage später, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben.

In der Waschküche wurde ein blutiges Holzbeil gefunden, einen halben Meter von der Stelle entfernt, an der die Verletzte gelegen hatte, so daß diese es mit der Hand weggelegt haben konnte. An dem Stiel des Beiles befand sich ein blutiger Abdruck, der, wie sich später herausstellte, von der Verletzten eigener Handfläche herrührte, während Abdrücke anderer Personen nicht gefunden wurden. Das Beil, sowie zwei Messer, die auch in der Waschküche gefunden wurden, gehörten zu dem Haus. In dem Haus war nichts gestohlen, auch fand man weder Zeichen eines Kampfes, noch Fußspuren, sodaß die Anwesenheit einer fremden Person nicht festgestellt werden konnte. In der Waschküche sah man viele Blutspuren und Spritzer, aber ein Teil dieser war vor der Ankunft der Polizei von der Tochter der Verstorbenen beseitigt worden. Sie hatte gleich, nachdem die Mutter fortgebracht worden war, die Abwaschung des Fußbodens und sogar Tünchen der Wände vorgenommen. Auf dem Boden der Waschküche lagen mehrere Holzsplitter, welche vom Holzhacken herrührten.

Der Sektionsbefund deckte sich so ziemlich mit dem Verletzungsbefund des Krankenhauses, nur waren die Verletzungen durch die Wundbehandlung und die Wundreaktion etwas verändert. Am Kopf fanden sich am hintersten Teil des Scheitels bis zum Hinterkopf Verletzungen, die einigermaßen parallel lagen. Die meisten waren ungefähr 6 cm lang. Die untersten, dem Aussehen nach Schnittverletzungen, drangen nur durch die Haut und Subcutis und waren leidlich scharf. Die obersten, wahrscheinlich Hiebwunden, drangen bis auf den Knochen. Am Vertex war die Haut an einer handtellergroßen Stelle ganz in Stücke zerhackt, sodaß ein großer Lappen gebildet wurde. Unter diesem Lappen in der Richtung schräg von hinten oben nach vorne unten steckte ein etwa 12 cm langer Holzsplitter, dessen äußeres, dickes Ende ein paar Zentimeter über die Haut hervorragte und dessen Spitze bis in die Dura reichte. In der Wunde lag ein 2 bis 3 cm großer Schädeldefekt, durch den das Gehirn hervordrang. Der Defekt entsprach ungefähr der Mitte des rechten Os parietale, sein Rand war so zerhackt und zersplittert, daß man annahm, er sei durch mehrere Hiebe von geringer Gewalt hervorgerufen worden. Der Einhieb in die Lamina externa hatte eine Größe von 2.5×2 cm. Die neben dem großen Defekt gelegenen horizontalen Wunden hatten ziemlich scharfe Ränder. Die unterste lag ganz an der Haar-

grenze. Zwischen diesen befanden sich mehrere feine Risse in der Haut, parallel mit den größeren Verletzungen. Entsprechend den eben beschriebenen scharfrandigen, parallelen Schnittverletzungen lagen in der lamina interna ganz feine schmale Risse. Außerdem fand man Kontusionswunden, die ein wenig schräg gingen, bis auf den Knochen reichten und etwas links im Rande des großen Defektes einige kleine scharfrandige Wunden, die auch meist bis auf den Knochen eindrangen. Sie lagen zueinander parallel oder hatten sogar mehr die Tendenz, gegen einen Punkt ein wenig rechts vom Schädel zu konvergieren. Darunter lagen einige kleine oberflächliche Hiebe in der Lamina externa. Unter dem großen Defekt reichte die kanalförmige Verletzung des Gehirns 5 cm in die Tiefe des Gewebes! Man fand eine Blutung der Meningen und eine kleine subdurale Blutung. In dem Verletzungsgebiet von 10 cm Länge und 5 cm Breite lagen ganz sicher mindestens 40—50 Hiebe in dem Knochen.

Die Schädeldecke hatte an dem großen Defekt eine Dicke von 7 mm. Von dem Defekt strahlte keine Bruchlinie aus. In der Lunge sah man Zeichen einer hyposstatischen Pneumonie, die wohl in Verbindung mit den Schädelverletzungen den Tod herbeiführte. Abwehrverletzungen konnten am Körper der Toten keine entdeckt werden, nur an den Händen waren ganz oberflächliche Schnittwunden.

Aus Zeugenaussagen ging hervor, daß die Verstorbene in den letzten Jahren klimakterische Beschwerden gehabt hat. Außerdem soll sie sich wegen eines Blutspeiens, das sie einige Tage vorher gehabt habe, sehr geängstigt haben, aus dem sie zu ersehen glaubte, an Tuberkulose erkrankt zu sein. Der sie sonst behandelnde Arzt schilderte die Verstorbene als einen schwankenden, leicht deprimierten Charakter. Er habe sie schon früher mit Nervenberuhigungsmitteln und Schlafmitteln behandelt, auch habe er in letzter Zeit erwogen, sie in eine psychiatrische Abteilung zu legen. Diese Aussagen und das sichere Fehlen eines Zeichens von Anwesenheit einer fremden Person am Tatort konnten den Fall als Selbstmord erklären. Auch die Verletzungen konnten mit dieser Annahme in Einklang gebracht werden, wenn auch die Lokalisation der Wunden am Hinterkopf auffallend war und bei Selbstmord äußerst selten vorkommt. Der Holzsplitter konnte durch Zufall bei dem Sturz auf den Fußboden in die Hiebverletzung gekommen sein, oder die Verstorbene selbst hat ihn in die Wunde gesteckt.

Ergebnisse.

Aus den aufgezählten Fällen geht hervor, daß schlechthin eindeutige Regeln für die Erkennung des Selbstmordes durch Kopfhiebe nicht aufgestellt werden können. Zu der Beurteilung ihrer Entstehung gibt die Erfahrung wohl wertvolle Anhaltspunkte, macht aber die genaue Betrachtung aller Tatumstände des Einzelfalles niemals entbehrlich. Kein Sachverständiger wird daher sein Gutachten auf die Art der Verletzungen allein stützen. Dazu zeigen diese, wie ein Vergleich der aufgeführten Fälle lehrt, zu viele Variationen. Gewisse Merkmale kehren freilich in der Mehrzahl der Fälle wieder und lassen deshalb, aber auch nicht unwiderleglich, Schlüsse auf die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit des Selbstmordes zu. Andere Merkmale schließen Selbstmord von vornherein aus.

Die wichtigsten Gesichtspunkte sind:

1. Lokalisation der Wunden.

Der Ort der Verletzungen muß in Reichweite der Hände liegen. Meist ist die Lokalisation der Wunden für die Hände des Selbstmörders leicht zugänglich. Also sind Stirne und Scheitel die am häufigsten verletzten Schädelpartien, schon seltener die Schläfengegenden, ganz selten der Hinterkopf. Frank weist mit gutem Grund darauf hin, daß der Täter, der sich am Hinterkopf selbst bedeutende Verletzungen beibringt, eine besondere Geschicklichkeit besitzen muß. Die Fälle 6, 33 und 53 zeigen Verletzungen am Hinterkopf. Fall 19 und 23 weisen sogar Hiebwunden am Nacken auf, eine Lokalisation, die bei Selbstmördern dieser Art am seltensten angetroffen wurde.

2. Tiefe und Zahl der Wunden.

Weiter gibt die Tiefe der Wunden einen Hinweis auf den Tötungshergang. Einem Mörder fällt es wohl nicht schwer, mit einer Axt, Hacke oder einem ähnlichen Werkzeug, das nicht allzu leicht sein wird, seinem Opfer mit einem einzigen oder doch ganz wenig Schlägen den Schädel einzuschlagen. Also findet man bei Mord meist eine geringe Anzahl von tiefen Hieben im Gegensatz zu den selbst beigebrachten Hiebwunden, die selten tiefer dringen, meist auf die weichen Schädeldecken beschränkt sind und oft von einer großen Zahl von Schlägen herrühren, wie es besonders die Fälle 7, 9, 24 und 53 zeigen. Der Grund dazu kann sein, daß der Selbstmörder

den ersten Hieb noch zaghaft und schwach führt und daß zur Erreichung des Zweckes oder wenigstens bis zur Herbeiführung der Bewußtlosigkeit deshalb mehrere Schläge notwendig werden. Der geistesgestörte Lebensüberdrüssige wird zu solcher Wut und Raserei gegen seinen eigenen Körper getrieben, daß er instinktiv sich so viele Hiebe als möglich versetzt. Die oft auftretende geringe Tiefe der Hiebe ist aber wieder nicht als Regel aufzufassen. Mehrere Male reichte die Kraft der Hiebe aus, eine Splitterung des Schädelknochens hervorzurufen. In den Fällen 12, 49 und 53 entstand durch die selbst zugefügten Schädelhiebe ein größerer Knochendefekt. Im Fall 9 kam es sogar zu einer Durazerreißung und im Fall 18, 49, 50 und 53 zu einer Gehirnverletzung.

3. Lage der Wunden.

Da die Schläge bei Selbstmord alle von der gleichen Richtung aus und in gleicher Haltung geführt zu werden pflegen, liegt die Mehrzahl der Wunden in einer relativ kleinen Fläche einer Schädelpartie beisammen. Wird nach einer Anzahl von Hieben die Richtung geändert, so liegen doch die Gruppen von Wunden eng beieinander und parallel zueinander wie auch die einzelnen Wunden selbst. Auch das Bemühen, das Ziel des Selbstmordes möglichst schnell zu erreichen, trägt dazu bei, eine große Anzahl von Hieben aus der gleichen Haltung in paralleler Lage zueinander zu führen. Die Konvergenz der einzelnen Hiebe nach vorne, die Hultkvist bei seinen Versuchen fand (siehe Fall 51), läßt sich dadurch erklären, daß die Stellung der Hände, die das Werkzeug führen, mit dem Treffpunkt der nach vorne verlängerten Wunde zufammenfällt. Daß im Gegensatz zu Hultkvist die meisten anderen Gutachter, gestützt auf die Sektionsbefunde ihrer Fälle, nur parallele Lage der Hiebe berichten, ist eine Mahnung, aus dem Aussehen und der Lage der Wunden allein die Entscheidung, ob Mord oder Selbstmord vorliegt, nicht zu treffen. Denn man sieht schon aus der Verschiedenheit der Feststellungen und Folgerungen der Gutachter hinsichtlich dieser Eigenart des Wundbildes, daß die Fälle nicht nach starren Gesetzen ablaufen und begutachtet werden können, sondern daß sich Variationen zeigen, die nicht zu Fehlschlüssen verleiten dürfen.

4. Äußere Beschaffenheit der Wunden.

Die Beschaffenheit der Wundränder, ob scharfrandig, gerade, gezackt oder abgewinkelt, gibt gleichfalls wichtige Fingerzeige. Sie richtet sich natürlich in erster Linie nach dem benützten Werkzeug und danach, ob die stumpfe oder scharfe Schlagseite verwendet worden ist. Die Art des Werkzeuges, seine Form, sein Gewicht ist im Vergleich mit Gestalt, Lage und Tiefe der Wunden zu beachten, um

daraus für die Art der Tötung Material zu gewinnen. Ein schweres und scharfes Werkzeug kann auch bei Selbstmord mit geringerer menschlicher Kraftanwendung zu tödlichen Verletzungen führen (besonders Fall 49). Die Wundbeschaffenheit kann weiter auf die Stellung der Hand, die die Schläge geführt hat, und die Richtung des geführten Schlages aufschlußreiche Überlegungen zulassen.

5. Wirksamkeit der Verletzungen.

Noch wesentlicher ist die Prüfung der Wirksamkeit der gesetzten Verletzungen; je nach dem Sitz der Wunde, der Lebenswichtigkeit des getroffenen Organs, dem durch die Verletzung bedingten Blutverlust, der Schmerzempfindlichkeit der Verletzung wird die Frage nach der technischen Durchführbarkeit des Selbstmordes d. h. der Selbstzufügbarkeit der gefundenen Wunden verschieden zu beantworten. Des öfteren haben die gegen den Kopf geführten Hiebe weder Bewußtlosigkeit noch Gehirnerschütterung nach sich gezogen, sondern manche dieser Selbstmörder waren trotz mehrerer Kopfverletzungen offenbar imstande, nachher noch komplizierte Handlungen auszuführen, so daß daraus allein nicht unbedingt auf Mord geschlossen werden kann. So ging im Fall 48 die 64 Jahre alte Frau trotz der schweren, selbst beigebrachten Kopfwunden später noch zu Fuß in das Krankenhaus.

6. Seltenheit erfolgreicher Selbstmorde durch Kopfhiebe allein.

An sich liegt bei Tod durch Kopfhiebe der Verdacht auf fremde Täterschaft stets näher als auf Selbstmord. Denn es sind verhältnismäßig wenig Fälle bekannt geworden, in denen der Tod allein durch selbst zugefügte Kopfhiebe verursacht worden ist, besonders bei der Anwendung stumpfer Gewalt. Vielmehr sieht man entweder Genesung oder der Tod ist bedingt durch nachträgliche Folgen wie Meningitis oder Verbluten, oder der Täter greift nachher noch zu einer anderen erfolgreicheren Art der Selbstentleibung. So weisen Schädelhiebe kombiniert mit Schnittwunden am Hals, Ellenbeugen und Handgelenken, oder die Kombination mit Stichverletzungen in der Herzgegend und im Bauchraum viel eher auf Selbstmord hin, besonders wenn die Hiebwunden die sonstigen Eigenheiten der Selbstverletzung aufzeigen, so eine große Anzahl oder die parallele Lage und die Erreichbarkeit der Wundstellen für den Selbstmörder u.s.f. Aber auch bei solchen Leichenbefunden ist Vorsicht geboten und dürfen die übrigen Tatumstände neben dem Wundbild nicht vernachlässigt werden. Dazu sei ein Fall erwähnt, den Haberda berichtet und der durch seine Besonderheit leicht zu Fehlschlüssen hätte führen können, wenn nur der Sektionsbefund beachtet worden wäre.

Der Mörder eines Advokaten, der ihn durch Hammerschläge auf den Schädel getötet hatte, brachte seinem Opfer noch mit einem Rasiermesser, das der Getötete bei sich zu tragen pflegte, Schnittwunden am linken Handgelenk und einen Stich in die Brust bei und steckte ihm dann das Messer wieder in die Tasche!!

Auch die Kombination mit anderen Selbsttötungsarten kann den Selbstmord durch Kopfhiebe wahrscheinlicher machen. Findet man bei einer Wasserleiche mit Kopfverletzungen Anzeichen dafür, daß nicht erst die Leiche in das Wasser geworfen wurde, also geringen Wassergehalt in der Lunge und im Magen, so ist ein Selbstmord jedenfalls nicht auszuschließen. Allerdings wird auch der Ausschluß postmortaler Verletzungen nicht immer leicht sein, wie besonders bei Flußleichen, die an scharfen Gegenständen vorbeigetrieben wurden oder auf spitze Steine aufgefallen sein können. Die Auslaugung vitaler Blutungen durch das Wasser macht bekanntlich sie in ihrem Aussehen von postmortalen Verletzungen schwer unterscheidbar.

Seltener wird eine Verwechslung von Selbstmord durch Kopfhiebe und Unfall in Frage kommen, wenn der Gutachter unter bestimmten Umständen auch diesen Gedanken nicht ganz unbeachtet lassen wird. So ist ein Fall berichtet, daß ein Mann sich beim Holzspalten durch einen unglücklichen Zufall tödliche Schädelverletzungen zufügte, die zuerst zur Annahme eines Selbstmordes führten.

6. Negative Beweiszeichen für Selbstmord bei Kopfverletzungen.

Ein fast untrügliches Zeichen für Selbstmord durch Kopfhiebe ist das Fehlen von Abwehrverletzungen des Toten an Händen und Armen und das Fehlen von Spuren eines Kampfes am Tatort, besonders wieder in Verbindung mit einer Vielzahl von Schädelwunden an eng umschriebener Kopfpartie und mit der beschriebenen Parallellage der Wunden und Wundgruppen. Einem Mörder wird es nicht leicht gelingen, seinem Opfer unbemerkt, also ohne bewußte oder unbewußte Abwehrbewegungen, mehrere Hiebe aus der gleichen Richtung auf den Schädel beizubringen. Nur unter besonderen Bedingungen kann auch dieser Fall einmal eintreten, wie es zu Fall 51 näher beschrieben ist. Im Fall 34 hätte man sich nach dem Geständnis des angeblichen Täters im ersten Verhör den Tötungsvorgang so vorstellen können, daß der Knecht wegen seiner Bresthaftigkeit und wegen des Eises vor dem Brunnen nur unsicher stand und sich deshalb mit den Händen am Brunnenrand festhielt und daß dadurch der Mörder seinem Opfer mehrere Schläge ohne Abwehrbewegung und ohne sofor-

tiges Umfallen des Getroffenen aus der gleichen Richtung und auf die gleiche Stelle hätte zufügen können.

In den meisten Fällen wird aber das Fehlen von Abwehrwunden gegen Mordverdacht sprechen.

Mag auch das einzelne der erörterten Indizien keinen durchschlägigen Beweiswert haben, so wird der Gerichtsarzt doch vielfach aus dem Zusammentreffen mehrerer Selbstmordsymptome sein Gutachten begründen können. Wenn er dabei den alten kriminalistischen Lehrsatz der raschen und gleichzeitigen Verfolgung aller Tatspuren nicht aus dem Auge läßt, so wird er sich andererseits auch durch eine gewisse Eindeutigkeit des Wundbildes nicht in eine Sackgasse verirren.

In den seltensten Fällen wird der medizinische Sachverständige der Polizei alle Arbeit ersparen, in vielen Fällen sie ihr erleichtern, in fast allen Fällen aber in verständnisvoller Zusammenarbeit mit den Polizeiorganen das Wirklichkeitsbild mehr oder weniger sicher rekonstruieren können.

Es sei mir gestattet, am Schluß Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. H. Merkel für die Überlassung der Arbeit und die freundliche Unterstützung bei der Abfassung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen, ferner der Direktion der Chirurgischen und der Psychiatrischen Klinik bestens zu danken für die gütige Überlassung der Krankengeschichten der Fälle Nr. 1, 2 und 12.

Literaturverzeichnis

Caspar-Liman: Handbuch der gerichtlichen Medizin, II. Teil.
Haberda: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 1923, 10. Auflage.
Hofmann-Haberda: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 1927.
Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 3. Auflage.
Maschka: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Band I.
Schauenstein: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.
Seydel: Leitfaden der gerichtlichen Medizin.

Pfeiffer: „Über den Selbstmord".

Häuser: „Die Einwirkung von Hiebverletzungen, besonders Axt- und Beilhiebe, auf Grund der Sammlung des Instituts der gerichtlichen Medizin in Düsseldorf". Dissertation, 1934, Münster.
Krzykawski: „Über Einwirkung stumpfer Gewalt auf den Schädel". Dissertation, 1922, Breslau.
Nyiszli: „Selbstmordarten auf Grund des Sektionsmaterials des Breslauer gerichtlich medizinischen Instituts vom Juni 1927 bis Mai 1930." Dissertation, Breslau, 1930.
Schramm: „Über kombinierten Selbstmord". Dissertation 1934, München.

Albert: Bericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien, 1871.
Althoff: Sehr ungewöhnliche Verletzungen eines geistig beschränkten Selbstmörders, in der deutschen Zeitschrift für gerichtliche Medizin, 1926, Bd. 7.
Bakke: Angeblicher Selbstmordversuch durch Axthiebe. Nord kriminal.-tekn. Tideskr. 6, 1936. (Norwegisch) Bericht von Sjövall in der deutschen Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Bd. 28, Heft 4, 1937.
Blumenstock: Selbstmord durch Kopfverletzungen mit einem Beil, Schnittwunden am Vorderhals und in der Herzgegend. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin, 1889, Bd. 50 n. F.
Carsky: Referat in der deutschen Zeitschrift für gerichtliche Medizin, Bd. 19, 1932.
Fabrice: Mediz. chirurg. Erfahrungen, Nürnberg 1816.
Frank: Selbstmord durch Kopfhiebe, Wiener medizinische Wochenschrift, 1885, Nr. 15—17.
Fritsch: Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. 5, H. 1,2.
Harbitz: Deutsche Zeitschrift für gerichtliche Medizin, Bd. 22, 25, 26.
Haumeder: Wiener medizinische Wochenschrift, 1882, Nr. 18.
Hultkvist: Selbstmord durch Axthiebe auf den Kopf. Svenska Läkares ällskapets Handlinger 1934, Bd. 60—61.
Kratter: Zur forensischen Würdigung der Schädelbruchformen. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin, Suppl. H. 1908, Bd. 35.
(Ipsen. Kalmus. Strassmann.)

Krügelstein: Annalen der Staatsarznei-Kunde, 1840.
Kupfer: Annalen der Staatsarznei-Kunde 1850.
Keferstein: Mord oder Selbstmord? Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1911 Nr. 21.
Langer: Wiener medizinische Wochenschrift 1871 Nr. 37. Zeitschrift für Staatsarznei-Kunde 1840—50.
Marx: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Bd. 2, 1923, Seite 612.
Merrem: Ein Fall von kombiniertem Selbstmord durch Kopfhiebe, Stichverletzungen, Erwürgen und Ertränken. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin, 1909, 3. F.
Möller: Selbstmord unter ungewöhnlichen Umständen. Kriminalistische Monatshefte, Heft 2, Jahrgang 11, Febr. 1937.
Munk: Deutsche Zeitschrift für gesamte gerichtliche Medizin, Bd. 27, Heft 5, 1937.
Näcke: Höchst komplizierter Fall von Selbstmord, Arch. f. krim. Anthrop. u. Krim. 1911, Bd. 40.
Neureiter: Wiener medizinische Wochenschrift 1930, Bd. 3.
Otto: Seltene Beobachtungen zur Anatomie, Physiologie, Pathologie. Berlin 1824. II. Sammlung.
Pedersen: Selbstmordversuch durch Beilhiebe in den Scheitel. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Bd. 28, Heft 5, 1937.
Sjövall: Selbstmord durch Kopfhiebe. (Schwedisch). Ref. in der deutschen Zeitschrift für gerichtliche Medizin 1937, Bd. 27, Heft 5 (Seite 345).
Werkgartner: Selbstmord durch Beilhiebe. Archiv. für Krim. Bd. 97, 1935.
Weimann: Totstellreflex. Archiv für Krim. Bd. 91, 1937.
Zaggl: Ein Selbstmordversuch. Friedreichs Bl. 1884.

Lebenslauf.

Ich bin als Sohn des jetzigen Reichgerichtsrat Dr. Emil Lersch am 24. Febr. 1913 zu München geboren. Von 1923 bis 1932 besuchte ich in München das humanistische Gymnasium. Ostern 1932 erhielt ich das Reifezeugnis. Sodann studierte ich in München 11 Semester Medizin. Das Physikum bestand ich im Wintersemester 1934. Das medizinische Staatsexamen habe ich am 15. Dezember 1937 vollendet.